



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

자기조절모형에 기반한 요양병원 입원노인의
자가관리 구조모형

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 선 기

자기조절모형에 기반한 요양병원 입원노인의 자가관리 구조모형

지도교수 최 모 나

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2021년 6월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 선 기

김선기의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 최 모 나 _____ 인

심사위원 _____ 이 주 희 _____ 인

심사위원 _____ 김 희 정 _____ 인

심사위원 _____ 송 기 준 _____ 인

심사위원 _____ 박 혜 자 _____ 인

연세대학교 대학원

2021년 6월 일

감사의 글

박사학위 과정을 시작하고, 마칠 수 있도록 인도해주신 하나님께 감사드리며, 아낌 없이 도움을 주신 모든 분들께 깊은 감사의 마음을 전합니다.

먼저, 박사과정 지도교수님으로 만나 학위논문을 시작하고 마무리할 수 있기까지 학생 입장에서 인내와 배려로 지도해주신 최모나 교수님께 깊이 감사드립니다. 조사 연구 방법론 때부터 늘 명쾌하게 답을 주신 이주희 교수님, 따뜻한 미소와 조언으로 할 수 있다고 격려해주신 김희정 교수님, 자료 분석에서 부족한 부분을 명확히 알려 주시고 지도해주신 송기준 교수님, 학사 때부터 늘 본보기가 되어주시고, 할 수 있다고 격려해주신 멘토 박혜자 교수님께도 감사의 마음을 전합니다.

자료수집이 어려워 고민한 저에게 먼저 손 내밀어주고, 진심 어린 조언과 지지를 보내준 든든한 대학 동기 송혜영, 그리고 요양병원 간호사 선생님들과 설문에 응해주신 분들께도 잊지 못할 감사의 마음을 전합니다.

업무와 학업을 병행할 수 있도록 배려해주시고, 늘 부드러운 미소로 학위 과정을 응원해주신 유소영 학과장님께도 감사 인사드립니다. 학생 때부터 지금의 자리에 있기까지 늘 따뜻하게 격려해주신 길숙영 교수님, 학생의 입장에서 생각하고 교육하는 본보기가 되어주신 김숙영 교수님, 조교에서 강사가 되기까지 든든한 버팀목이 되어 주신 임지영 교수님, 늘 따스한 말과 진심어린 조언으로 잘하고 있다고 격려해주신 석민현 교수님, 기도와 격려로 응원해주신 김명아 교수님, 할 수 있다고, 힘내라고 응원해 주신 홍세훈 교수님과 윤혜원 교수님께도 고개 숙여 감사 인사를 드립니다.

선후배로 만나 든든한 직장동료가 된 이경현 선생님, 조미진 선생님, 이지수 선생님, 김민지 선생님, 정수미 선생님에게도 고마운 마음을 전하고 싶습니다. 직장동료이지만, 때론 친구처럼, 가족처럼 응원의 말을 아끼지 않는 이주연 선생님과 졸업생이지만 친동생처럼 따뜻한 말과 사랑을 전해준 정아에게도 감사의 마음을 전합니다.

서울대학교 병원에서 만나 학업을 마치기까지 늘 격려해주시고, 응원의 말을 아끼지 않은 신경숙 선생님께 깊은 감사의 마음을 전합니다. 또한, 믿음의 친구로서 항상 기도해주고, 마음을 써준 위보라, 이지혜에게도 감사의 마음을 전합니다.

더불어 어떠한 감사 인사로도 부족하겠지만, 학위 과정동안 수호천사처럼 뒤에서 사랑으로 아이를 돌봐주시고, 헌신해주신 어머님과 늘 부족한 막내 며느리에게 따스한 미소로 보답해주신 아버님께 깊은 감사의 마음을 전합니다. 언제나 믿고 지켜봐주

신 아주버님, 형님, 승하, 용준이에게도 부족한 글로 감사 인사를 전합니다.

무엇보다 결혼하고 학업하는 동안 든든한 버팀목이 되어준 사랑하는 여보님과 사랑하는 아들 용범이에게 무한한 사랑과 고마움, 그리고 미안한 마음을 같이 전합니다.

늘 기도와 사랑으로 인도해주신 사랑하는 엄마에게 말로 다 할 수 없는 감사와 존경의 마음을 전합니다. 교수로서 살아가시는 동안 늘 학생을 아끼고, 가족에 최선을 다해주시고, 믿음으로 우리 가정을 이끌어주신 너무 존경하는 우리 아빠 사랑하고 감사합니다. 항상 내 편이 되어주는 나의 하나밖에 없는 선경 언니와 사랑스런 동생 주이에게도 고마운 마음을 전합니다.

학위 과정을 마치면서 연구는 혼자서는 할 수 없는 소중한 결실임을 깨닫습니다. 앞으로 학문의 뜻을 향해 내딛는 모든 걸음마다 진심을 다하고, 결과보다 과정을 중요시하는 마음을 잊지 않겠습니다. 다시 한번 고개 숙여 감사드립니다.

2021년 6월
김 선 기 올림

차 례

차 례	i
표 차 례	iii
그림차례	iv
부록차례	iv
국문요약	v
 I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구 목적	3
C. 용어 정의	4
 II. 문헌고찰	6
A. 우리나라 요양병원의 현황과 입원노인의 특성	6
B. 요양병원 입원노인의 자기관리	7
C. 요양병원 입원노인의 자기조절 관련요인	10
 III. 연구의 이론적 기틀 및 가설적 모형	16
A. 이론적 기틀	16
B. 가설적 모형	19
C. 연구 가설	20
 IV. 연구방법	21
A. 연구설계	21
B. 연구대상	21

C. 연구도구	22
D. 자료수집 방법 절차	26
E. 대상자의 윤리적 보호	27
F. 자료분석방법	27
V. 연구결과	29
A. 대상자의 특성	29
B. 연구변수의 서술적 통계	33
C. 관측변수 간의 상관관계	35
D. 가설모형의 타당도와 신뢰도 평가	37
E. 가설적 모형의 검증	42
VI. 논의	49
A. 요양병원 입원노인의 일반적 특성	49
B. 요양병원 입원노인의 자기관리 영향요인	51
C. 연구의 의의	54
VII. 결론 및 제언	56
A. 결론	56
B. 제언	57
참고문헌	58
부 록	68
영문초록	83
영문요약	85

표 차 례

Table 1. General Characteristics of the Subjects	30
Table 2. Clinical Characteristics of the Subjects	32
Table 3. Descriptive Statistics of Measured Variables	34
Table 4. Correlations between the Observed Variables	36
Table 5. Result of Confirmatory Factor Analysis and Convergent Validity	38
Table 6. Discriminant Validity of Latent Variables	40
Table 7. Reliability of Measurement Tools	41
Table 8. Model Fit of the Hypothetical Model	42
Table 9. Result of Structural Equation Model	44
Table 10. Standardized Direct, Indirect, Total Effect of Model	48

그림 차례

Figure 1. Common sense model of Self-regulation	16
Figure 2. Theoretical Framework of this study	18
Figure 3. Hypothetical Model	19
Figure 4. Confirmatory Factor Analysis model	39
Figure 5. Final Model of This Study	46

부록 차례

부록 1. 기관윤리심의위원회 연구 승인서	68
부록 2. 도구사용 승인	69
부록 3. 자료수집 도구	73

국 문 요 약

자기조절모형에 기반한 요양병원 입원노인의 자기관리 구조모형

고령사회로 인해 노인인구에서의 복합만성질환 유병률은 증가하고 있으며, 이러한 복합만성질환에 대한 간호의 목표는 다양한 만성질환 관리를 통해 건강결과 개선 및 삶의 질 향상에 있다. 특히, 요양병원 입원노인은 대부분 복합만성질환을 갖고 있고, 인지기능과 신체기능이 저하된 경우가 많기 때문에, 의료진과의 파트너십을 형성하여 질병 관리에 대한 목표를 설정하고 이를 달성하도록 돕는 자기조절에 기반한 자기관리 전략이 필요하다. Leventhal 등(1992)의 자기조절상식모형은 질병이나 새로운 증상경험과 같은 상황적 자극이 주어질 때, 인지적, 감정적 질병인식이 활성화되어 위험에서 벗어나기 위한 대처전략을 세우고, 이에 따른 건강결과와 평가에 대한 과정을 이해할 수 있는 장점이 있다.

이에, 본 연구는 요양병원 입원노인의 자기관리에 영향을 미치는 요인간 통합적 관계를 확인하기 위해 Leventhal 등(1992)의 자기조절상식모형을 기반으로 가설적 모형을 구축하고 모형의 적합도와 경로의 유의성을 확인하였다. 본 연구에서 외생변수는 D 유형 성격, 내생변수는 인지적 질병인식, 우울, 접근지향적 대처전략과 자기관리로 구성하였으며, 이들 잠재변수 간 9개의 가설을 설정하였다. 연구는 전라도 지역에 위치한 300병상 이상의 요양병원 2곳에서 진행하였고, 대상자는 요양병원 입원노인 287명으로, 자료수집 기간은 2021년 2월 17일부터 3월 10일이었다. 자료는 SPSS WIN 23.0과 AMOS 23.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

가설적 모형의 적합도를 확인한 결과, CMIN/DF(Q)=2.852, CFI=.955, TLI=.947, RMSEA=.08으로 나타나 적합도는 양호하였다. 가설적 모형에서 설정한 9개의 경로 중 6개가 통계적으로 유의하였고, 이 모형은 자기관리를 78.8% 설명하였다. D 유형 성격은 인지적 질병인식과 부적 영향이 있었고($\beta=-.491$, C.R=-8.592, $p<.001$), D 유형 성격은 우울에 정적 영향이 있었으며($\beta=.844$, C.R=20.551, $p<.001$), 인지적 질병인식은 접근지향적 대처전략에 정적 영향을 주었고($\beta=.650$, C.R=13.166, $p<.001$), 우울은 접근지향적 대처전략에 부적 영향을 주었으며($\beta=-.433$, C.R=-5.859, $p<.001$), 인지적 질병인식은 자기관리에 정적 영향을 주었고($\beta=.480$, C.R=7.342, $p<.001$), 접

근지향적 대처전략은 자가관리에 정적 영향을 주었다($\beta=.326$, $C.R=4.250$, $p<.001$). 또한, 접근지향적 대처전략은 인지적 질병인식과 우울 및 자가관리 사이에서 매개변수 역할을 하여 이론적 모형을 검증하였다. 즉, D 유형 성격이 낮을수록, 긍정적 질병인식이 높을수록, 우울이 낮을수록, 접근지향적 대처전략을 사용하는 것은 자가관리를 높이는 것과 관련이 있었다.

또한, 본 연구에서 요양병원 입원노인의 자가관리에 대한 총효과는 인지적 질병인식($\beta=.692$, $p<.001$), D 유형 성격($\beta=-.601$, $p=.001$), 접근지향적 대처전략($\beta=.326$, $p<.001$), 우울($\beta=-.204$, $p=.011$)의 순서로 영향을 주었다. 자가관리에 대한 직접효과는 인지적 질병인식($\beta=.480$, $p<.001$), 접근지향적 대처전략($\beta=.326$, $p<.001$), D 유형 성격($\beta=-.119$, $p=.069$)의 순서로 영향을 주었으며, 자가관리에 대한 간접효과는 D 유형 성격($\beta=-.482$, $p=.001$), 인지적 질병인식($\beta=.212$, $p=.001$), 우울($\beta=-.141$, $p=.001$) 순으로 영향을 주었다.

따라서, 부정적인 질병인식을 개선하고, 우울을 낮추며, 접근지향적 대처전략을 사용하도록 돕는 것은 자가관리를 향상시킬 수 있는 주요 전략이 될 수 있으므로, 추후 자가관리 프로그램을 개발할 때 이들 변수를 고려할 것을 제안한다. 또한, D 유형 성격이 자가관리에 부적인 영향을 미치고, 우울에 정적인 영향을 주는 변수이므로, 이들 대상자에게는 의료진의 적극적인 개입과 관심이 필요함을 인지해야 한다.

핵심되는 말 : 요양병원 입원노인, 자가관리, 자기조절, 구조모형

I. 서론

A. 연구의 필요성

우리나라는 전체인구대비 65세 이상 노인 인구가 16.6%인 고령사회이며(국가통계포털, 2021), 65세 이상 고령자의 60.5%가 복합만성질환을 갖고 있다(정영호, 고숙자, 김은주, 2013). 복합만성질환자의 증가는 다양한 의약품 처방 증가, 입원률과 재입원률 증가(정영호 등, 2013), 재원 기간 증가와 같은 지속적인 의료비 지출에 대한 문제를 초래한다(임보라, 안상윤, 김광환, 2019). 더욱이, 노인 복합만성질환자가 건강 문제와 더불어 인지기능과 신체기능이 저하되면, 사회적 돌봄 형태인 요양병원 이용을 고려하게 되는데(Ga, 2020), 이러한 요양병원 수는 2010년 867개에서 2020년 1,585개로, 지난 10년간 2배 가까이 증가하였다(국가통계포털, 2020).

복합만성질환자는 2개 이상의 주요상병을 갖고 있는 것을 의미한다(Van den Akker, Buntinx, Roos, & Knottnerus, 2001). 복합만성질환 입원노인에 대한 간호 목표는 다양한 만성질환 관리를 통해 건강결과 개선 및 삶의 질 향상에 있으며(정영호 등, 2013; Park, Moon, Ha, & Lee, 2017), 개별 수준에 따른 일상생활과 건강관리에 대한 치료적 선호도를 돕는 것이다(장희경 등, 2018; Morgan & Yoder, 2012). 특히, 인지 기능이 저하된 요양시설 노인에게 의료진과의 파트너십 형성, 문제중심 대처전략과 의사소통기술 훈련, 질병 관리에 대한 목표설정 및 피드백과 같은 자기관리전략은 자기효능감과 삶의 질을 향상시키고, 우울을 낮출 수 있는 전략이다(Park & Chang, 2014; Park et al., 2017).

자기관리란, 만성질환을 관리하기 위해 수동적 환자 역할에서 의료진과의 협력을 통해 능동적 태도로 치료 방향을 설정하는 것이다(Lorig & Holman, 2003). 또한, 자신의 증상과 치료방법을 알고, 이를 해결하기 위한 계획을 세우고, 신체적 기능, 정서적 기능과 대인관계를 관리하는 것을 의미한다(Battersby, Ask, Reece, Markwick, & Collins, 2003). 이에, 복합만성질환자의 자기관리는 질병특이적 도구보다는 공통의 개념을 가지고 측정할 수 있는 도구가 적절하다(전미경, 안정원, 박연환, 이미경, 2019; Battersby et al., 2003).

그러나 그동안 제공된 요양병원 프로그램들은 개인의 요구를 반영하기보다는 일반적인 관리요법이 제공되거나, 신체기능이나 인지기능을 고려하지 않은 제한점이 있었고, 일회성으로 끝나는 경우가 많았다(정지연, 2017). 따라서, 환자가 인식한 문제 해결중심의 전략이 필요한데, 자기조절은 환자가 질병을 모니터하고, 인지, 정서, 행동을 조절하는 의식적인 노력으로서(Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002), 자기조절이 잘되면 학습과정에서의 성취능력이 높고, 정신건강 향상, 사회적 대인관계 기술 향상이 높게 나타나며(Pandey, Hale, Das, Goddings, Blakemore, & Viner, 2018) 삶의 질 향상과(차지은, 2014) 우울을 낮추는 효과가 있다(Hagerty & Bathish, 2018).

이러한 자기조절을 건강 행위 관점에서 설명하고 있는 이론이 자기조절상식모형(Common sense model of self-regulation)이다(Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). 이 모형은 성인과 노인 만성질환자를 대상으로 자가관리를 설명하기 위한 개념적 틀로 사용되었고(Leventhal, Phillips, & Burns, 2016), 질병이나 새로운 증상 경험과 같은 상황적 자극이 주어질 때, 인지적, 감정적 질병인식이 활성화되어 위험에서 벗어나기 위한 대처전략을 세우고, 이에 따른 건강결과와 피드백 과정을 이해할 수 있는 장점이 있다(Leventhal et al., 2016). 특히, 자기조절의 주요개념인 인지적 질병인식은 대상자가 질병이나 증상을 위험으로 받아들이는 주관적 신념을 의미하며, 질병결과를 해석하는 중요변수로 알려져 있다(김혜진, 변진이, 2019). 요양병원 입원 노인은 새로운 환경에 적응하는 과정에서, 외로움과 우울을 경험하기 때문에, 감정적 질병인식도 함께 고려해야 한다(남지숙, 양진향, 2012). 이러한 질병인식은 대처전략과 함께 피드백 고리를 통해 수정될 수 있기 때문에 건강결과를 개선하기 위한 전략이 될 수 있다(김혜진, 변진이, 2019; Hagger, Koch, Chatzisarantis, & Orbell, 2017). 또한, 부정적 정서에 취약하고 사회적 고립의 성향을 보이는 D 유형 성격은 의료진과의 의사소통을 어려워하고, 치료계획을 공유하기 어려워하며, 자가관리에 대한 동기가 낮은 것으로 나타나 만성질환자의 자가관리과정을 이해할 때 고려되어야 한다(Denollet, 2005; Park, Won, & Son, 2020).

현재까지 요양병원 입원노인의 자가관리와 관련된 연구로는, 요양원 거주자를 대상으로 코칭기반 자가관리 프로그램의 효과(Park et al., 2017; Park & Chang, 2014), 복합만성질환자의 질병인식과 대처전략 유형(Cheng, Inder, & Chan, 2020), D 유형

성격과 부정적 자기관리 이행(Denollet, 2005; Horwood, Anglim, & Tooley., 2016), 사회적 지지, 우울과 자기관리와의 관련성(남지숙, 양진향, 2012), 만성질환자를 대상으로 질병인식, 대처전략, 결과 및 평가와의 관계를 분석한 메타분석 연구(Hagger & Orbell, 2003; Hagger et al., 2017), 질병인식에 대한 체계적 문헌고찰에 대한 연구(김혜진, 변진이, 2019), 만성질환자의 자기관리 영향요인에 대한 연구(Schulman-Green, Jaser, Park & Whittemore, 2016) 등이 있었다.

이를 통해 요양병원 입원노인의 자기관리를 설명하기 위해서는 자기조절의 주요개념인 개인의 성향과 인지적 질병인식, 우울 및 대처전략과의 관계를 통합적으로 분석하는 것은 주요 전략이 될 수 있음을 확인하였다. 그러나, 요양병원 입원노인을 대상으로 자기조절의 주요개념을 사용하여 자기관리를 설명한 연구는 없었으므로 본 연구에서는 요양병원 입원노인을 대상으로 자기조절상식모형에 대한 이론을 검증함으로써 자기관리 전략을 제시하고자 한다.

B. 연구 목적

본 연구는 Leventhal 등(1992)의 자기조절상식모형을 기반으로 요양병원 입원노인의 자기관리를 설명하는 구조모형을 구축하고 검증하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 자기조절상식모형에 따라 요양병원 입원노인의 D 유형 성격, 인지적 질병인식, 우울, 접근지향적 대처전략과 자기관리로 구성되는 가설적 모형을 구축한다.
- 둘째, 가설적 모형과 실제 자료 간의 적합도를 검증하고, 최종적인 요양병원 입원노인의 자기관리 구조모형을 제시한다.
- 셋째, 요양병원 입원노인의 자기관리에 영향을 미치는 변수 간의 직접, 간접, 총 효과를 확인한다.

C. 용어 정의

1. 자기관리

- 1) 이론적 정의 : 자기관리는 만성질환을 관리하기 위해 의료진과 파트너십 관계 속에서, 자신의 증상과 다양한 치료방법들을 알고, 이를 해결하기 위한 계획을 세우고, 증상을 모니터링하면서 신체적, 정서적 기능과 대인관계에 대한 영향을 관리하는 것을 의미한다(Battersby et al., 2003).
- 2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 만성질환자의 자기관리를 측정하기 위해 Battersby 등(2003)이 개발하고, Petkov, Harvey와 Battersby 등(2010)이 수정한 Partners In Health scale(PIH)도구를 전미경 등(2019)이 한국어로 번역한 PIH-K 12문항으로 측정한 점수를 의미한다.

2. D 유형 성격

- 1) 이론적 정의 : D 유형 성격은 분노, 슬픔, 공포, 불안정과 같은 부정적 정서에 취약한 정서(Negative Affectivity, NA)와, 대인관계에서 거부당할 두려움을 피하기 위한 감정과 행동 표출의 억제와 같은 사회적 제한(Social Inhibition, SI)의 기질을 동시에 가지는 것을 의미한다(Denollet, 2005)
- 2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 Denollet(2005)이 개발한 Type D Personality Scale-14(DS-14)를 Lim 등(2011)이 한국어로 수정하고 번안한 14문항으로 측정한 점수를 의미한다.

3. 질병인식

- 1) 이론적 정의 : 질병인식은 질병에 대한 개인의 주관적인 믿음과 해석으로 정의되고, 인지적 질병인식과 감정적 질병인식으로 구분한다. 인지적 질병인식은 질병에 대한 이전 경험과 정보, 기억들을 통해 현재 경험하는 증상이나 질병에 대

한 개인적인 믿음을 의미하고, 감정적 질병인식은 질병에 대한 불안, 걱정, 우울 등을 의미한다(Cameron & Leventhal, 2003; Leventhal et al., 1992).

- 2) 조작적 정의 : 본 연구에서 인지적 질병인식은 Broadbent, Wikes, Koschwanetz, Weinman, Norton과 Petrie(2006)가 개발하고, Min, Chang, Lee, Choe와 An(2016)이 한국어로 번역한 축약형 도구인 Brief-Illness perception questionnaire에서 질병에 대한 정의, 질병 이환 기간, 질병으로 인한 결과, 인지된 개인통제와 치료통제, 치료에 대한 이해도 6문항으로 측정한 점수를 의미한다. 본 연구에서 감정적 질병인식은 Andersen, Malmgren, Carter와 Patrick(1994)이 개발한 도구의 축약형인 Center for Epidemiologic Studies Depression scale(CESD-10)으로 측정한 우울 점수를 의미한다.

4. 접근지향적 대처전략

- 1) 이론적 정의 : 대처전략은 질병 식별 및 명명과 관련된 질병인식의 활성화에 따른 건강위험과 수반되는 정서적 반응을 관리하려는 시도를 포함하는 역동적인 자기조절과정을 의미하며, 접근지향적 대처전략은 문제중심 대처전략을 의미한다(Lazarus & Folkman, 1984; Leventhal, et al., 1992)
- 2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 Carver(1997)가 개발하고 Kim과 Seidlitz(2002)가 한국어로 번역한 축약형 대처도구(brief COPE) 28문항 중 접근지향적 대처를 의미하는 적극대처, 정서적지지, 정보추구, 긍정적 재평가, 계획과 수용에 대한 12문항을 의미한다.

II. 문헌고찰

본 문헌고찰의 목적은 선행연구를 토대로 요양병원 입원노인의 자기관리에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 한다. 첫 번째로 우리나라 요양병원의 현황과 입원노인의 특성에 대해 살펴보고, 두 번째로 요양병원 입원노인의 자기관리에 대해 알아보고, 세 번째는 Leventhal 등(1992)의 자기조절과정의 주요개념을 중심으로 요양병원 입원노인의 자기관리에 영향을 주는 요인들을 확인하고자 하였다.

A. 우리나라 요양병원의 현황과 입원노인의 특성

요양병원은 의료법에 근거하여 의사, 치과의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관이고, 장애인복지법 제58조 제1항 제4호에 따른 의료 재활 시설로 구분 된다(의료법 제3조 3항). 요양병원은 노인인구 증가, 핵가족화, 병원의 재원기간 단축 등으로 인해 사회적 돌봄 서비스 요구 증가가 반영되어 설립된 기관이며(이대희, 이재숙, 2012), 요양병원 수는 2000년대 중반부터 급속히 증가하여, 2010년 867개에서 2020년 1,585개로 증가하였다(국가통계포털, 2020). 요양병원 입원대상은 노인성 질환뿐 아니라 외과적 수술이나 상해 후 회복과정에 있는 자이며, 전염성 질환자와 노인성 치매를 제외한 정신질환자는 입원대상에서 제외된다(의료법시행규칙 제36조).

이러한 요양병원 입원노인은 뇌졸중, 치매, 파킨슨 등을 포함한 신경과 질환이 50-70% 정도이며, 고혈압이 26%, 이외에 심장질환, 골절, 암, 우울증 등이 20% 정도이다(노용균, 윤종률, 선우덕등, 2010). 또한, 요양병원 입원노인은 단일 만성질환보다 2개 이상의 복합만성질환에 대한 유병률이 높고, 노인 환자들에게 흔히 나타나는 변비, 소화장애, 수면장애, 낙상, 요실금, 통증, 피부 질환 등 다양한 노인성 질환을 복합적으로 보유하고 있다(이대희, 이재숙, 2012). 따라서, 요양병원 입원노인은 장기입원 사례가 많고, 근 위축 속도가 빠르고, 경미한 이상에도 급격한 기능 저하를 초래하기 때문에 입원 초기부터 자기관리가 필요하다(이대희, 이재숙, 2012).

요양병원 입원노인은 가족과 사회로부터의 분리, 사회적 역할과 지위 상실을 경험하고, 반복적인 일상생활, 능동적 행동 결정 제한으로 인해 무력감과 고독감을 느끼고, 자존감 저하로 인해 절망감, 우울, 자살생각 등과 같은 부정적 심리를 경험하고 있어 정서적 관리가 필요하다(노용균 등, 2010).

특히, 요양병원 입원노인과 같이 스스로 해결할 능력이 저하된 경우에도 의료진은 개인의 잠재능력을 끌어올려 수준에 따른 일상생활 관리 및 건강관리에 대한 선택권을 주고, 치료적 선호도를 결정할 수 있도록 도와야 한다(장희경 등, 2018; Morgan & Yoder, 2012). 이를 위해서는 환자와의 파트너십을 형성하여 개인의 역량을 고려한 문제중심 대처전략과 의사소통기술을 훈련하고, 질병 관리에 대한 목표설정 및 이를 달성하도록 돕는 자기관리 전략을 모색해야 한다(Park & Chang, 2014; Park et al., 2017).

B. 요양병원 입원노인의 자기관리

요양병원 입원노인에게서는 자율성과 치료적 선호도, 결정권과 자신감을 부여해야 하며, 이를 위해 입원노인에게도 독립적으로 자신의 삶을 영위할 수 있는 교육적인 도움과(손연정, 윤현경, 2019) 입원 생활 동안 효율적이고 유익한 시간을 보낼 수 있는 자기관리 전략이 필요하다(정지연, 2017; Park et al., 2017). 이러한 맥락에서 요양병원 입원노인에게 요구되는 간호의 형태는 질병 치료나 요양뿐 아니라 좋은 임종을 맞이할 수 있도록 하는 전인적 간호, 개별적 요구를 존중하는 맞춤 간호, 입원노인의 활동 및 인지 수준을 고려한 건강관리에 대한 동기부여가 필요하다(손연정, 윤현경, 2019). 따라서, 복합만성질환을 보유한 요양병원 입원노인에 대한 간호의 목표는 입원노인이 스스로 건강을 관리하기 위해 환자 수준에 맞는 목표를 설정하고, 계획하고, 수행하여 자기관리를 할 수 있도록 돕는 것이다(Park & Chang, 2014; Park et al., 2017).

자기관리라는 용어는 만성질환을 경험하는 아이들의 재활 관련 책에서 처음 언급되었으며, 치료에 있어 환자의 능동적인 참여를 의미하였다. 이후, 좀 더 광범위하게 사용되면서 만성질환자의 교육프로그램을 지칭하는 의미로 많이 사용되었다(Lorig & Holman, 2003). 자기관리는 생리적 측면의 관리뿐 아니라 심리적 측면을 고려하여 심

리적 웰빙을 유지하기 위한 것으로 관점이 바뀌고 있다(Patterson, 1995). Corbin과 Strauss(1988)는 문제 되는 상태를 인식하고, 이를 해결하기 위한 과정이라고 하였으며, Battersby 등(2003)은 의료진과 파트너십을 형성하고, 자신의 증상과 다양한 치료방법을 알고, 이를 해결하기 위한 계획을 세우고, 증상을 모니터하면서, 신체적, 정서적 기능과 대인관계에 대한 영향을 관리하는 것이라고 하였다. 특히, 자가관리는 대상자가 인지한 문제해결 기반으로 구성되어야 하므로(Lorig & Holmans, 2002), 대상자가 질병을 어떻게 인식하고 해결하고자 하는지에 대한 질병인식을 고려한 자기조절 과정을 이해하는 것이 필요하다(Leventhal et al., 2016).

요양병원 입원노인을 대상으로 교육프로그램에 대한 필요성을 확인한 연구에서, 교육프로그램이 필요하다고 인식한 경우가 90%이었고, 필요한 주제는 치매 예방, 정신건강, 가족 및 대인관계 증진, 영양교육 및 상담, 자신의 권리증진, 삶의 마무리 등이 있다(정지연, 2017). 그러나 현재까지 요양병원 입원노인을 대상으로 진행된 자가관리 프로그램은 주로 의료진 중심으로 고안되었고, 일회성인 경우가 많은 제한점이 있다(손연정, 윤현경, 2019; Park et al., 2017). 또한, 개인의 특성을 고려하지 않은 여가 관련 프로그램들이 많아, 신체활동 제한이 있는 경우에는 참여하기 어려우며, 프로그램 운영자에 대한 전문성 결여에 대한 문제점도 제기되고 있다(정지연, 2017). 간호사는 환자의 기능상태와 건강상태를 가장 잘 도와줄 수 있는 대상이기 때문에, 간호사가 요양병원 입원노인의 질병에 대한 인식을 파악하고, 달성할 수 있는 목표설정 및 수행을 위한 전략을 함께 제시할 수 있다면, 의료진에 대한 의존성을 낮추고, 기능상태 및 삶의 질 향상을 기대할 수 있다(Buss, Wolf-Ostermann, Dasse, Lahmann, & Strupeit, 2016). 특히, 복합만성질환 노인은 다양한 만성질환 관리에 대한 부담감, 치료방법의 복잡함 등으로 인해 자가관리에 대한 부담감과 어려움이 있기 때문에(Cheng et al., 2020), 의료진은 자가관리를 위한 자원을 모색하고 건강증진전략을 제공해야 한다(Salisbury et al., 2018).

만성질환자의 자가관리 영향요인을 확인한 Schulman-Green 등(2016)의 연구에서는 자가관리 관련요인을 크게 개인적 특성, 건강관련 특성, 이용 가능한 자원, 자가관리 이행을 위한 환경적 특성 및 건강관리 체계로 구분하였다. 개인적 특성과 관련된 자가관리 영향요인으로는 건강관련 지식과 신념과 같은 인지적 요인, 질병에 대한 불확실성, 스트레스, 갈등과 같은 심리적 요인, 자기효능감과 같은 동기부여 요인, 자가관리 행위를 위한 패턴이나 이전의 경험들이 있었다. 건강관련 특성으로는 동반질환,

질병의 중증도, 증상이나 부작용 경험 등이 있었고, 이용 가능한 자원과 관련된 사항으로는 의료보험형태, 직업유무, 경제적 상태, 이용 가능한 장비나 인터넷환경, 사회적지지 등이 있었다. 환경적 특성으로는 가족과의 동거 여부, 직장환경이나 동료 지지, 운동을 할 수 있는 환경, 운동 장소로의 이동수단, 건강한 음식을 구입할 수 있는 주변 환경이 있었다. 건강관리 체계 요인으로는 언어 장애 정도, 시간적 제약, 의료진과의 관계와 지지 정도 등이 있었다.

또한, 효과적인 자가관리는 문제 상태의 인식 및 이를 해결하기 위한 인지, 정서, 행동을 조절하는 역동적 자기조절과정과 관련이 있다(차지은, 2014; Lansing & Berg, 2014). 자기조절이 잘되면 학습과정에서의 성취능력이 높고, 정신건강 향상, 사회적 대인관계 기술 향상이 높게 나타나며(Pandey, Hale, Das, Goddings, Blakemore, & Viner, 2018), 삶의 질 향상을 기대할 수 있다(차지은, 2014). 선행연구에서는 요양시설 노인을 대상으로 자가관리 프로그램의 효과를 확인하기도 하였는데(Park et al., 2017, Park & Chang, 2014), Park 등(2017)은 경도에서 중증 인지장애와 복합만성질환을 가진 요양시설 노인을 대상으로 자가관리와 관련된 개인적 수준의 목표를 설정하고, 이를 달성하기 위한 자기효능감을 격려하는 코칭 전략을 이용한 결과, 자기효능감 점수와 삶의 질 점수가 향상되었고, 우울 점수는 낮아지는 효과가 있었다. Park과 Chang(2014)의 연구에서는 요양시설 거주 노인을 대상으로 건강 관련 목표를 성취하도록 건강을 사정하고, 목표설정 및 피드백을 통한 간호중재를 제공한 결과, 운동행위개선, 인지적 증상 관리, 스트레스 관리, 주관적 건강결과 개선, 질병에 대한 왜곡 감소, 우울 감소 등의 효과가 있었다. 이를 통해 요양시설 노인에게 자가관리 프로그램의 효과를 확인하였지만, 자기조절과정을 이해하기에는 제한적이었다.

따라서, 요양병원 입원노인에게 효과적인 자가관리를 제공하기 위해서는 개인적 특성 및 심리적 요인을 고려하고, 자가관리 이행을 위한 이용 가능한 자원 모색 및 의료진과의 파트너십을 형성하는 것이 필요하다. 특히, 자기조절은 자가관리의 효과적인 전략이 될 수 있으므로, 복합만성질환을 가진 요양병원 입원노인의 특성을 이해하고, 자기조절의 주요개념과의 관련성을 확인하는 것이 필요하다.

C. 요양병원 입원노인의 자기조절 관련요인

요양병원 입원노인의 자기관리 영향요인에 대한 고찰을 Leventhal 등(1992)의 자기조절상식모형에서 제시한 자기체계, 질병인식, 대처, 평가에 따라 설명하고자 한다. 자기조절상식모형은 건강과 관련된 행동적 요인을 설명하기 위해 개발된 자기조절 모형 중 하나로서, 사회적 인지(Bandura, 1986), 자기-통제 모형(Carver & Scheier, 1982), 스트레스 대처모형(Lazarus & Folkman, 1984) 등의 영향을 만성질환자의 자기관리를 예측하고 이해하기 위해 만들어졌다. 즉, 자기관리의 예측요인으로 잘 알려진 자기효능감을 가진 사람은 어떻게 질병을 인식하고, 대처전략을 세우고, 문제를 해결해 가는지 그 과정을 이해하고 설명하고자 개발되었다(Leventhal et al., 2016). 자기조절이론들은 개인이 목표를 향해 나아가기 위해 어떤 행동을 선택하고, 그 결과를 피드백 받아서 행동을 조절하는 세부적인 과정에 대한 설명 및 예측에 중점을 둔다(Cameron & Leventhal, 2003). 또한, 기존 모형에서 다루지 못했던 인지적, 정서적 반응을 함께 다루고 있고, 자기체계와 사회문화적 맥락과 같은 요인들 안에서 함께 설명함으로써 자기관리행위를 위한 통합적 전략을 제공할 수 있다(Leventhal et al., 1992; Leventhal et al., 2016).

특히, 자기조절상식모형에서 자기체계는 사회문화적 맥락 안에서 형성되고, 자기체계는 개인이 가진 특수한 환경이나 상황에 따라 형성되고 수정되기도 한다. 상황적 자극은 질병 진단, 증상 발생과 같이 정상적인 기능을 발휘할 수 없게 된 상황으로 인해 발생 되는데, 전문가나 대중매체로부터 얻은 질병에 대한 정보, 질병에 관련된 기억들, 이전의 경험들도 포함될 수 있다. 이러한 상황적 자극을 통해 개인은 질병이나 증상이 위험이라고 인지하는 인지적, 감정적 질병인식이 활성화되고, 위험을 해결하기 위한 대처전략을 세우고, 결과 및 평가에 따라 피드백하는 과정이 이루어진다(Leventhal et al., 1992). 자기조절상식모형은 성인과 노인 만성질환자의 자기관리를 설명하기 위한 이론적 기틀로 사용되었으며, 체계적 문헌고찰 연구가 시행되어, 모형을 검증하고 확장하려는 시도가 있다(Hagger & Orbell, 2003; Hagger et al., 2017). 따라서, 본 연구에서는 사회문화적 환경과 상황적 자극을 한국에서 복합만성질환을 경험하고, 신체기능 저하와 인지기능 저하로 인해 요양병원에 입원한 환자라는 특수한 상황으로부터 가설적 모형을 설정하고자 한다. 이를 위해 본 문헌고찰에서

는 자기조절상식모형에 대한 주요개념의 설명과 요양병원 입원노인의 자기관리 영향 요인들을 설명하고자 한다.

1. 자기체계

자기체계는 개인의 성향, 태도, 동기와 같은 심리적 특징과 생물학적 요인을 의미하고(Leventhal et al., 1992), 자기조절과정에 영향을 미치는 개인적 수준의 맥락적 요인으로 설명되었다(Leventhal et al., 1992). 선행연구에서는 자기체계를 질병의 종류, 중증도, 증상을 반영한 질병 특성과 낙관주의, 완벽주의와 같은 성격의 유형으로 측정해왔다(Hagger & Orbell, 2017).

D 유형 성격은 1990년대 심리학자 Denollet에 의해 발견되었는데, D 유형 성격은 분노, 슬픔, 공포, 불안과 같은 부정적 정서에 취약한 정서를 보이고, 대인관계에서 타인에게 거부당할 두려움을 피하기 위한 감정과 행동 표출의 억제와 같은 사회적 제한의 기질이 동시에 나타나는 것을 의미한다(Denollet, 2005). D 유형 성격은 다양한 만성질환자에 대한 질병의 위험요인이면서 결과에도 영향을 미치는 주요 변수이다(Denollet, 2005; Horwood et al., 2016).

D 유형 성격은 건강한 집단에서 39%(Horwood et al., 2016), 관상동맥질환자에게서 36.1%(차경숙, 임수미, 조옥희, 2013), 고혈압 환자에게서 53%(Denollet, 2005), 제2형 당뇨 환자에게서 29%(Nefs, Speight, Pouwer, Pop, Bot, & Denollet, 2015)정도 보고되고 있고, 우울증, 불안, 외상 후 스트레스 장애와 같은 정서장애에서도 관련 있는 것으로 나타났다(Denollet, 2005). 또한, 일반 노인을 대상으로 성격과 질병 사이의 관계를 분석한 연구에서도 부정적 완벽주의성향과 D 유형 성격을 가진 경우, 긍정적인 감정이 감소하고, 사회적 억제에 대한 성향이 강하며, 스트레스를 받을 때 정서적 지원에 대한 부족으로 사회적 고립을 초래할 수 있는 것으로 보고 있다(Karaminia, Soltani, & Bagherian-Sararoudi, 2013). D 유형 성격의 사람은 상황을 부정적으로 바라보거나 질병으로 인한 증상을 더 심각하게 받아들이는 경향이 있으며, 스트레스 상황에 대한 대처기전을 적절하게 사용하지 못하는 경향이 있다(차경숙 외, 2016; Denollet, 2005). D 유형 성격의 경우, 불안, 걱정, 우울과 같은 정신적 건강문제를 더 많이 경험하고(노인경, 김명수, 2018), 흉통, 호흡곤란과 같은 심혈관

증상이나 신체적 증상을 더 자주 느끼거나 증상의 빈도가 높다(Horwood et al., 2016). 또한, D 유형 성격이 아닌 사람들에 비해 재미있고, 즐거운 활동이 부족하고, 정기적인 검진율이 낮으며(Karaminia et al., 2013), 건강 행위 수행 정도가 낮아 삶의 질도 낮은 것으로 보고되었다(차경숙 등, 2013).

특히, 요양병원 입원노인의 경우, 효과적인 자가관리를 위해서는 의료진과 충분한 의사소통을 통해 치료계획에 대한 공유가 필요한데(Park et al., 2017), 부정적이고 사회적 제한으로 나타나는 D 유형의 기질을 소유한 경우, 의료진과의 의사소통을 꺼리고, 치료계획을 공유하기 어려워하여 자가관리행위가 낮은 수준에 있다(Horwood et al., 2016; Denollet, 2005). 따라서, 질병을 치료하고 건강을 증진하고자 하는 전략을 계획할 때, 대처행위와 질병결과에 영향을 미치는 D 유형 성격 여부를 고려해야 하며(Horwood et al., 2016), 질병과 관련된 부정적인 인식을 바로잡고, 내적인 저항력을 키우는 것이 고려되어야 한다(Karaminia et al., 2013). 구체적으로는, 이러한 대상자에게 자가관리 전략을 제공할 때, 신체적 자가관리뿐 아니라 치료과정에 부정적 영향을 미치는 정신적 측면에 대한 사정과 중재가 필요하고, 감정표현과 자신감 증진을 통해 질병에 적응할 수 있도록 도와야 하며, 더 나은 사회적 관계성을 유지할 수 있는 의사소통 방법이나 상호교류 방법에 대한 정보가 제공되어야 한다(차경숙 등, 2013).

2. 질병인식

질병인식(illness perception)은 질병에 대한 개인의 주관적인 믿음과 해석으로서, 질병표상(illness representation)으로도 사용되어왔다(Leventhal et al, 2016). 자기조절상식모형에서 질병인식은 새로운 진단이나 증상 경험과 같은 내외부적인 자극이 주어졌을 때, 이전에 경험한 질병 증상의 일화나 기억과 비교하여 질병을 ‘위험’으로 인식하는 인지적 질병인식과 질병을 ‘두려움’으로 인식하는 감정적 질병인식을 만들어낸다(Leventhal et al, 1992).

인지적 질병인식은 증상에 따른 질병을 정의하는 것(identity), 질병에 대한 원인이라고 믿는 것(cause), 예상되는 질병 이환 기간을 인식하는 것(time-line), 질병이 신체, 사회, 심리적 웰빙에 미치는 결과에 대한 인식(consequences), 그리고 치료적

처치나 행위를 통해 질병을 통제하고 치료할 수 있다고 믿는 인지된 통제/치료(perceived control/cure), 치료에 대한 이해도와(coherence) 감정적 질병인식을 같이 측정할 수 있다(Moss-Morris et al., 2002). 이러한 질병인식은 질병에 대한 대처와 건강결과를 예측하는 새로운 영향요인으로 평가되고 있으며 중재를 통해 수정될 수 있기때문에, 대처와 건강결과를 개선할 수 있다는 측면에서 주목을 받고 있다(Hagger et al, 2017; Leventhal et al, 2016).

또한, 자기조절상식모형에서는 감정적 질병인식을 고려하지 않고, 문제중심대처나 인지적 질병인식만을 강조한 프로그램은 비효율적이라고 하였다(Cameron & Jago, 2008). 한 예로, 심근경색을 경험한 대상자에게 문제중심대처에 관한 중재를 진행한 경우, 부정적 감정이 낮은 사람에게는 효과가 있었지만, 부정적 감정이 높은 사람에게는 효과가 없는 상반된 결과를 보여, 질병에 대한 감정적 인식 및 반응을 같이 고려해야 함을 강조하였다(Cameron & Jago, 2008). 요양병원에 6개월 이상 입원한 노인은 우울 수준이 높고(남지숙, 양진향, 2012), 2개 이상의 복합만성질환을 보유하고 있는 경우 우울 수준이 높게 확인되었는데, 질환별로는 심혈관질환이 있는 경우가 17-27%, 당뇨가 있는 경우 11-31%, 관절염이 있는 경우 10-24% 정도에서 우울 정도가 높게 나타났다(Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017). 또한, 복합만성질환자는 단일 만성질환과 달리 좌절, 두려움, 불확실함, 상실감, 통제 부족과 같은 부정적 감정이 가장 크게 나타나고, 신체기능 제한, 질병과 치료에 대한 우선순위 세우기, 갈등관리, 건강관리 시스템과의 관계, 복합만성질환에 대한 오명이 질병인식으로 나타나 우울에 대한 관리가 필요하다(Cheng et al, 2020). 따라서, 요양병원 입원노인에게 우울과 같은 감정적 질병인식을 확인하는 것은 중요한데, 우울은 질환에 대한 부정적 해석을 주고, 자기와 타인에 대한 신념과 태도에 부정적 시각을 갖게 하며, 스트레스 상태를 유발하기 때문이다(Beck, 1967). 특히, 우울은 신체 질환이 동반될 때, 더 흔히 발생하고, 이러한 신체 질환이 우울증의 유발원인이 되기도 하므로, 복합만성질환을 보유하고 있는 요양병원 입원노인에게 우울 사정은 신체 건강과 같이 고려되어야 한다(Read et al., 2017). 이러한 인지적, 감정적 질병인식은 자기조절의 다음 단계인 질병 관리의 시작, 전문가와의 상담 등을 시행할 수 있는 대처에 영향을 주기 때문에(Leventhal et al., 1992), 자가관리에서 중요하게 고려되어야 한다.

3. 대처전략

자기조절상식모형에서 대처는 대처전략을 의미하고, 질병의 식별 및 질병 진단과 관련된 질병인식의 활성화에 따라 건강위험과 수반되는 정서적 반응을 관리하려는 역동적인 자기조절과정으로 정의된다(Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). 또한, 대처는 질병과 같은 부정적인 경험으로부터 스트레스를 최소화할 수 있는 전략이기도 하다(Carver, 1997). 다양한 상황에서 어떻게 대처할 것인가에 대한 방법을 확인하는 것은 스트레스 극복방안에 대한 핵심 요소이며, 이러한 상황을 어떻게 받아들이고 평가하고, 해석하는지, 그리고 개인이 어떤 자원을 활용하여 대처행동을 하는지에 따라 질병에 대한 적응도와 질병결과가 다르게 나타났다(Svensson et al., 2016).

대처에 대한 분류는 의료기관에서 환자가 암, 심부전, 상해, 자연재해나 심각한 스트레스를 받았을 때, 어떻게 반응하는지를 확인하기 위해 사용되었다. 대처는 크게 접근지향적 대처(Approach coping) 혹은 회피성 대처(Avoidance coping)로 나뉜다. 접근지향적 대처는 문제중심대처라고도 불리 우며, 적극적 대처, 긍정적 재구성, 계획하기, 수용하기, 정서적 지지 찾기, 정보적 자원 찾기로 구성된다. 회피 지향적 대처는 감정 중심대처라고도 불리 우며, 부인, 약물사용, 회피, 행동의 분리, 자기주의 산만과 자기 비난으로 구성된다(Carver, 1997).

특히, 복합만성질환자의 대처유형에는 스트레스 상황에 대해 부인하거나 비난하는 것과 같은 부정적 감정 중심대처를 사용하는 것으로 나타났다(Cheng et al., 2020). 만성질환의 유형별 사용하는 대처 기전도 일부 차이가 있었는데, 천식과 알레르기가 포함된 경우, 상황을 수용하고 특정 환경을 피하는 대처를 사용하였고, 전염력이 있는 만성질환의 경우 비난을 더 많이 하는 것으로 나타났으며 인종과 문화에 따라 복합만성질환을 수용하고 받아들이는 인식도 다르다. 또한, 복합만성질환의 유형, 사회적 지지, 인종과 문화, 성별에 따라서도 차이를 보였고, 여성의 경우 긍정적 재평가, 현실 수용, 비난하기와 같은 감정중심 대처전략을 더 많이 사용하는 것으로 나타났다(Cheng et al., 2020).

자기조절상식모형에서 대처전략은 질병인식으로부터 질병평가에 대한 매개역할을 한다. 또한, 질병인식의 하위영역에서 질병 통제가 잘 된다고 느낄수록 문제중심대처와 같은 적극적 대처와 관련이 있었으며, 대처행위는 질병인식과 관련이 있는 것으로

확인되었다(Hagger et al., 2017).

4. 평가

평가는 질병 상태, 사회적 역할기능, 정신적 결과로 설명되는 질병결과 및 평가에 영향을 주며, 인지적 평가와 감정적 평가를 통해 대처전략을 지속할지 아니면 다른 새로운 전략을 모색함으로써 행동을 수정해갈지 정하게 되는 피드백 고리에 반응하도록 한다. 또한, 자기조절상식모형은 건강과 질병의 맥락에서 자기관리과정을 설명하기 위해 만들어진 모형이다(Leventhal et al., 1992). Hagger & Orbell(2003)는 자기조절상식모형의 결과 및 평가를 질병 상태, 신체기능, 역할기능, 사회적 기능, 심리적 고통, 심리적 웰빙 6가지로 구분하였으며, 이는 자기조절과정을 통한 결과변수로서 자기관리로 설명될 수 있다. 요양병원 입원노인에게 자기관리는 치료를 준수하고, 생활습관을 변화시킴으로써 만성질환으로 인해 상태가 더 나빠지는 것을 예방할 수 있도록 환자의 자원을 최대한 끌어내는 것이다(Huffmans, 2009).

지금까지 요양병원 입원노인의 자기관리에 영향을 미치는 요인을 Leventhal 등 (1992)의 자기조절상식모형에서의 주요개념인 자기체계, 질병인식, 대처전략, 평가로 분류하여 살펴보았다. 문헌고찰을 요약하면, 요양병원 입원노인에게 효율적인 자기관리를 제공하기 위해서는 자기조절과정에 부정적 영향을 미치는 D 유형 성격 정도를 파악하는 것이 필요하고, 인지적 질병인식을 개선하고, 우울과 같은 질병에 대한 부정적 질병인식을 관리하고, 접근지향적 대처전략을 모색하는 것이 필요함을 확인하였다. 따라서, 요양병원 입원노인을 대상으로 자기조절 과정의 주요개념을 확인하고, 관련 개념 간의 관계를 확인하는 연구가 필요하다.

Ⅲ. 연구의 이론적 기틀 및 가설

A. 이론적 기틀

본 연구는 요양병원 입원노인의 자가관리에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 자기조절과 관련된 선행연구와 Leventhal 등(1992)의 자기조절상식모형(Figure 1)을 기반으로 연구의 틀을 재구성하였다.

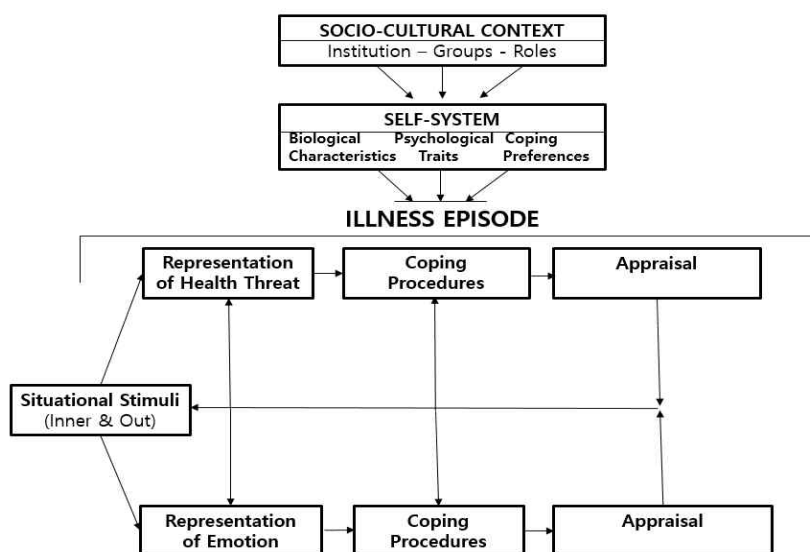


Figure 1. Common sense model of self-regulation(Leventhal et al., 1992)

Leventhal 등(1992)이 개발한 자기조절상식모형은 다양한 만성질환자의 자기조절과정을 기반으로 자가관리를 설명하기 위해 개발되었다. 이 모형은 자기체계 안에서 자기조절이 어떻게 이루어지는지 그 과정을 설명하고 있으며, 질병인식, 대처전략, 평가가 주요개념이다. 자기조절과정은 내외적인 자극을 통해 건강에 대한 위협을 인식

하고, 질병이 신체에 미치는 영향에 대한 개인적 신념으로 정의되는 질병인식이 활성화된다. 이후, 개인은 질병의 위험에서 벗어나기 위한 인지적, 정서적 측면에서의 대처전략을 세우게 되며, 이를 행동으로 옮기고, 행동을 평가하는 질병평가의 과정을 거친다. 자기조절에서 개인은 사회문화적 맥락에 영향을 받지만, 자기체계 안에서 일어나는 자기조절과정에 더 중점을 두고 있다. 개인은 의미 있는 신체적, 정서적, 사회적 상태에 도달하기 위해 적극적으로 문제를 해결하는 사람이며, 이를 위해 질병에 대한 정신적 표상을 생성하는 자기체계로 설명된다(Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). 또한, 상황적 자극은 인지적 질병인식과 감정적 질병인식을 끌어내는 질병 증상이나 진단, 새로운 정보 등을 의미한다.

본 연구에서는 Leventhal 등(1992)의 자기조절상식모형을 이론적 기틀로 하여 선행 연구 분석을 통해 반복적으로 지지되거나 중요한 것으로 제시된 변수를 바탕으로 본 연구에서 고찰한 주요 변수를 선정하였다. 일반적 특성은 복합만성질환 및 요양병원 입원노인과 관련된 변수로 하였고, 인구 사회학적 변수와 질병 관련 특성을 고려한 변수로 구성하였다. 인구 사회학적 변수는 연령, 성별, 종교, 결혼상태, 배우자 유무, 최종학력, 경제 수준, 요양병원 입원 전 거주지, 주관적 건강상태로 총 9항목이고, 질병 관련 특성은 입원 기간, Body mass index(kg/m²), 보험 종류, 환자 중증도 분류, 인지기능점수(Korean version of Mini-mental state exam, K-MMSE), 신체기능 평가(Activities of daily living, ADL) 점수, 만성질환 수, 동반 질환의 종류에 대한 8항목으로 구성하였다.

자기체계는 자기조절과정에 영향을 미치는 개인의 성향, 태도, 동기와 같은 심리적 특징과 생물학적 요인으로 정의하고 있다(Leventhal et al., 1992). 본 연구에서 자기체계는 복합만성질환 노인에게서 많이 발견되고, 요양병원 입원노인의 우울 및 자가관리 행위에 부정적 영향을 끼치는 것으로 보고된 D 유형 성격으로 개념화하였다.

질병인식은 증상을 인지하여 질병을 정의 내리고, 원인을 유추하고, 질병 이환 기간, 예상되는 결과 및 치료 가능 여부를 생각하는 인지적 질병인식과 두려움, 우울, 걱정과 같은 감정적 질병인식을 의미한다. 본 연구에서 질병인식은 요양병원 입원노인의 인지적 질병인식과 감정적 질병인식으로 개념화하였다. 인지적 질병인식은 질병에 대한 정의, 질병 이환 기간, 질병으로 인한 결과, 인지된 개인통제와 치료통제, 치료에 대한 이해로 개념화하였고, 감정적 질병인식은 우울로 개념화하였다.

대처전략은 질병인식이 활성화됨에 따라 인지적, 정서적 반응들을 관리하려는 역동적 과정으로 크게 접근지향적 대처와 회피적 대처로 정의할 수 있다(Leventhal et al., 1980). 본 연구에서 대처는 적극 대처, 정서적 지지, 정보추구, 긍정적 재평가, 계획, 수용과 같은 접근지향적 대처전략으로 개념화하였다.

마지막으로 질병인식과 대처전략은 질병평가에 영향을 미치는데, 본 연구에서 질병평가는 요양병원 입원노인에게 있어서 최적의 건강을 유지하기 위한 적극적 자기조절의 결과이며, 현재 자신의 질병 상태를 바르게 인지하고, 의료진과 치료계획에 대해 충분히 논의하여 함께 치료 방향을 설정하고, 신체기능, 감정 상태, 사회활동 등을 적절히 조절하고 관리하는 자가관리로 개념화하였다.

본 연구는 횡단적 조사연구 설계로 인해 자기조절모형의 피드백 고리과정은 포함하지 못하였지만, 자기조절상식모형을 기반으로 사회문화적 맥락을 고려하여 자기체계를 통합하는 자기조절과정을 설명하는 모형을 구축하고자 한다. 위의 내용을 종합하여 제시한 본 연구의 이론적 기틀은 Figure 2와 같다.

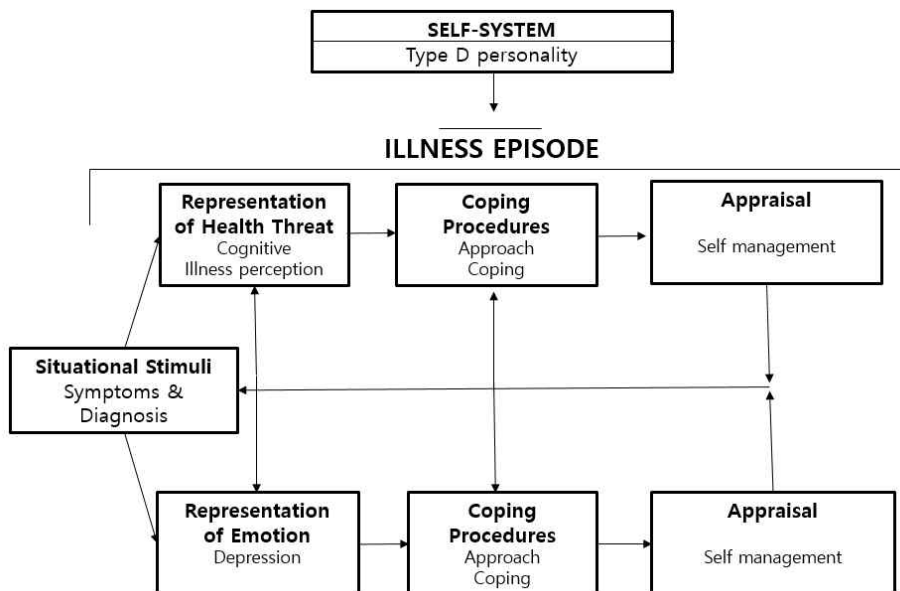


Figure 2. Theoretical Framework of this study

B. 가설적 모형

본 연구의 가설적 모형은 개념적 기틀을 토대로 외생변수는 D 유형 성격, 내생변수는 인지적 질병인식, 우울, 접근지향적 대처전략 및 자기관리로 설정하였다.

D 유형 성격의 관측변수는 부정적 정서와 사회적 제한이고, 인지적 질병인식의 관측변수는 질병에 대한 정의, 질병 이환 기간, 질병으로 인한 결과, 인지된 개인통제와 치료통제, 치료에 대한 이해이다. 우울의 관측변수는 우울 점수로 측정한 우울이고, 접근지향적 대처전략의 관측변수는 적극 대처, 정서적 지지, 정보추구, 긍정적 재평가, 계획, 수용이다. 자기관리의 관측변수는 대처, 파트너십, 증상 인지 및 관리, 질병 및 치료에 관한 지식이다.

가설적 모형에서 D 유형 성격은 인지적 질병인식, 우울, 접근지향적 대처전략과 자기관리에 영향을 주는 것으로 설정하였다. 인지적 질병인식과 우울은 접근지향적 대처전략을 매개로 하여 자기관리에 간접적인 영향을 미치며, 자기관리에 직접적인 영향을 주는 것으로도 설정하였다. 접근지향적 대처전략은 자기관리에 직접적인 영향을 주는 매개변수로 설정하였다(Figure 3).

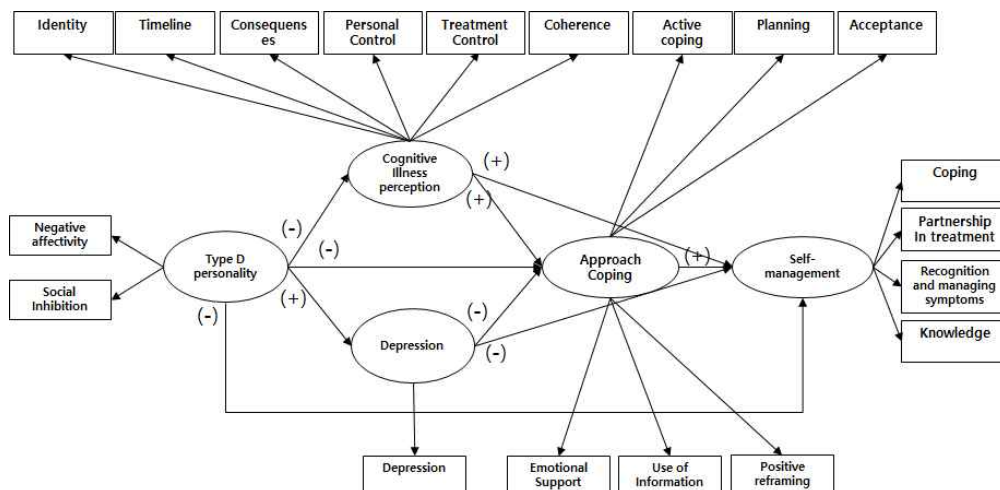


Figure 3. Hypothetical Model

C. 연구 가설

1) 인지적 질병인식을 내생변수로 하는 가설

가설 1. D 유형 성격은 인지적 질병인식에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.

2) 우울을 내생변수로 하는 가설

가설 2. D 유형 성격은 우울에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.

3) 접근지향적 대처전략을 내생변수로 하는 가설

가설 3. D 유형 성격은 접근지향적 대처전략에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.

가설 4. 인지적 질병인식은 접근지향적 대처전략에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.

가설 5. 우울은 접근지향적 대처전략에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.

4) 자기관리를 내생변수로 하는 가설

가설 6. D 유형 성격은 자기관리에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.

가설 7. 인지적 질병인식은 자기관리에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.

가설 8. 우울은 자기관리에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.

가설 9. 접근지향적 대처전략은 자기관리에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.

IV. 연구방법

A. 연구설계

본 연구는 요양병원 입원노인의 자기관리 구조모형을 설명하기 위해 문헌고찰을 바탕으로 가설적 모형을 설정하고, 수집된 표본의 자료를 활용하여 모형의 적합성과 가설을 검증하는 구조모형을 활용한 횡단적 서술적 조사연구이다.

B. 연구대상

본 연구의 모집단은 요양병원 입원노인이고, 근접 모집단은 전라도 소재 300병상 이상의 규모를 갖춘 요양병원 2곳에 입원 중인 노인이다. 연구가 진행된 요양병원은 의료기관평가인증에서 모두 1등급을 받은 곳이다. 의료기관평가인증은 2013년부터 의료법 제 58조에 의해 모든 요양병원은 4년 주기로 진행되고 있다(가혁, 2019). 또한 연구가 진행된 요양병원에서는 중증 치매로 인해 병동에서의 생활이 어렵거나 폭력성이 있고, 병동 이탈 행동과 같이 문제가 확인된 경우에는 치매 병동으로 분류하여 관리하고 있다. 본 연구의 대상자는 치매 병동을 제외한, 일반 병동에서 생활하는 입원 노인을 대상으로 진행하였고, 근접 모집단에서 본 연구에 동의한 자로 하였다. 대상자의 만성질환을 확인하기 위해 연구대상자의 질병 분류기준은 복합만성질환 선별도구로 개발된 질병 목록을 심혈관계질환, 위·장·간 질환, 폐 질환, 신장 질환, 암, 류마티스 질환, 내분비계 질환, 신경계 질환, 정신질환, 근골격계 질환, 기타 11개의 계통별로 구분하여 사용하였다(Fortin, Almirall & Nicholson, 2017). 대상자의 선정 기준과 제외기준은 다음과 같다.

1. 대상자 선정기준

- 1) 만 65세 이상 요양병원 입원노인 중 정신과 병력이 없고, 의사소통이 가능하며, 설문에 응답이 가능한 노인 환자
- 2) 1년 이상 진단받고 있는 만성질환이 2개 이상 보유하고 있는 복합만성질환 노인 (Van den Akker et al, 2001)
- 3) 요양병원 적응이 되었다고 판단되는 입원 후 6개월 이상 된 노인 환자(장애경, 박연환, 2010; Patterson, 1995)

2. 대상자 제외기준

- 1) 중증 치매를 진단받아, 치매 병동에 입원한 노인 환자

3. 표본의 크기 및 대상자 수

구조방정식 모형에서 표본 크기는 최대 우도법(maximum likelihood)을 적용하며, 추정 모수와 표본 크기의 적절한 비는 최소 10:1이 되어야 한다(Kline, 2016). 따라서, 본 연구에서 추정 모수 25를 고려했을 때, 최소 권장수준인 250을 만족하면서 탈락률 20%를 고려하여 300명에게 자료수집을 진행하였다. 최종 연구에 분석된 설문은 불성실하게 응답한 13명을 제외하고, 총 287명의 자료가 분석에 사용되었다.

C. 연구도구

1. 일반적 특성

대상자의 일반적 특성 조사지는 인구 사회학적 변수와 질병 관련 특성을 고려한 변수로 구성하였다. 인구 사회학적 변수는 연령, 성별, 종교, 결혼상태, 배우자 유무,

최종학력, 경제 수준, 요양병원 입원 전 거주지, 주관적 건강상태로 총 9항목이다.

질병 관련 특성 변수는 의무기록으로 확인하며, 입원 기간, Body mass index(kg/m²), 보험 종류, 환자군 분류체계, 인지기능점수(Korean version of Mini-mental state exam, K-MMSE), 신체기능평가(Activities of daily living, ADL) 점수, 만성질환 수, 동반 질환의 종류에 대한 8가지 항목으로 구성하였다.

2. 자기관리

본 연구에서 자기관리는 요양병원 입원노인의 질병에 대한 관리를 의미한다. 본 연구에서 질병에 대한 관리는 Petkov 등(2010)이 만성질환자의 자기관리를 측정하기 위해 개발한 The Partners In Health(PIH) 도구를 전미경 등(2019)이 한국어로 수정하여 번역한 PIH-K 12문항으로 측정한 점수를 의미한다. 하부요인은 대처 4문항, 치료적 파트너십 4문항, 증상 인지 및 관리 2문항, 질병 및 치료에 관한 지식 2문항이다. 각 문항은 0점에서 8점까지의 9점 Likert 척도로 측정하고, 총점은 최저 0점에서 최고 96점으로 산정되며, 점수가 높을수록 자기관리가 잘되는 것을 의미한다. 원 도구 개발 시 신뢰도 Cronbach's α 는 .82 이었고(Petkov et al., 2010), PIH-K를 한국어로 번역한 연구에서는 신뢰도 Cronbach's α 는 .86 이었다(전미경 등, 2019). 본 연구의 확인적 요인분석 결과 모든 문항의 요인부하량이 0.5 이상으로 확인되어 12문항 모두를 최종 분석에 사용하였으며, 대처, 파트너십, 증상 인지 및 관리, 질병 및 치료에 관한 지식에 대한 신뢰도 Cronbach's α 는 각각 .94, .94, .91, .92이었고, 총 자기관리 점수에 대한 신뢰도 Cronbach's α 는 .98이었다.

3. D 유형 성격

본 연구에서 D 유형 성격은 Denollet(2005)이 개발한 Type D Personality Scale-14(DS-14)를 Lim 등(2011)이 한국어로 수정, 번안한 14문항으로 측정한 도구를 사용하였다. 하위영역은 부정적 정서 7문항(Negative affectivity, NA)과 사회적 제한 7문항(Social inhibition, SI)으로 구성되며, 각 문항은 0점에서 4점까지의 5점 Likert 척도로 측정되며, 최저 0점에서 최고 28점의 점수가 측정되고, 각 영역의 점

수 합이 각 10점 이상인 경우, D 유형 성격으로 분류한다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α 는 .87(NA의 Cronbach's α =.88, SI의 Cronbach's α =.86)이었다. 본 연구의 확인적 요인분석 결과 모든 문항의 요인부하량이 0.5 이상으로 확인되어 14문항 모두를 최종 분석에 사용하였으며, 본 연구에서 부정적 정서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .93, 사회적 제한의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .93, 총 D 유형 성격 점수에 대한 신뢰는 Cronbach's α 는 .96이었다.

4. 인지적 질병인식

본 연구에서 질병인식은 자기조절상식모형을 배경으로 개발된 Illness Perception Questionnaire-Revised(IPQ-R)(Moss-Morris et al., 2002)의 축약형 도구인 Brief IPQ(Broadbent et al., 2006)을 Min 등(2017)이 호흡기질환자를 대상으로 한국어로 번역한 도구를 사용하였다. 본 연구에서는 Brief-IPQ 도구의 총 9문항 중 인지적 질병인식을 측정하는 6개 문항을 사용하였다. 인지적 질병인식은 질병으로 겪는 증상의 정도를 의미하는 질병 증상 1문항, 질병의 이환 기간을 의미하는 기간 1문항, 질병이 삶에 미치는 결과 1문항, 질병에 대한 개인의 통제 가능성을 의미하는 개인통제 1문항, 치료통제 1문항, 질병에 대한 이해 정도를 의미하는 1문항으로 총 6문항으로 구성된다. 이 도구는 0-10점 Likert 척도로 점수가 높을수록 해당 항목의 질병인식이 높음을 의미하고, 인지적 질병인식 중, 결과, 증상, 기간에 대한 문항은 점수가 높을수록 질병을 부정적으로 인식함을 의미하고, 개인통제, 치료통제, 이해도 문항은 점수가 높을수록 긍정적으로 인식함을 의미한다. 본 연구에서는 결과, 증상, 기간 문항은 역척도로 환산하여 분석하였으며, 이 결과에서 총 점수가 높을수록 질병을 덜 위험하다고 인식하는 것을 의미한다. 본 연구의 확인적 요인분석 결과 모든 문항의 요인부하량이 0.5 이상으로 확인되어 6문항 모두를 최종 분석에 사용하였다. 총 인지적 질병인식 점수에 대한 신뢰도 Cronbach's α 는 .95이었다.

5. 우울

본 연구에서 우울은 Andersen 등(1994)이 개발한 Center for Epidemiologic

Studies Depression scale(CES-D) 20의 축약형인 Anderson form CESD 10문항으로 측정된 점수를 의미한다. 본 도구는 별도의 저자 승인 없이 이용 가능하고, 만성질환이 있는 노인에게 사용하기 적합하다(Moon et al., 2017). CESD 10 도구는 총 10문항으로 각 항목은 0점(극히 드물다, 1일 미만), 1점(가끔, 1-2일 정도), 2점(자주, 3-4일 정도), 3점(항상, 5-7일)의 4점 Likert 척도로 측정하고, 점수가 높을수록 우울 수준이 높음을 의미한다. 5, 8번 문항은 역 문항으로 점수를 산정하고, 총점은 0-30점으로, 10점 이상인 경우, 임상적인 우울증을 의미한다(배성우, 김이영, 도문학, 김혜지, 박병선, 2020). Anderson 등(1994)의 연구에서 Cronbach's α 는 .71이었다. 본 연구의 확인적 요인분석 결과 모든 문항의 요인부하량이 0.5 이상으로 확인되어 10문항 모두를 최종 분석에 사용하였으며, 본 연구에서 우울의 신뢰도 Cronbach's α 는 .92이었다.

6. 접근지향적 대처전략

본 연구에서 접근지향적 대처전략은 Carver(1997)가 개발하고 Kim과 Seidlitz(2002)이 한국어로 번역한 brief-COPE의 접근지향적 대처 12문항으로 측정된 것을 의미한다. 이 도구는 한국어로 번역되어, 자유롭게 이용할 수 있도록 허락되었다. Brief COPE는 다양한 대처유형을 강조하며 개발된 COPE 척도의 축약형으로, 각 문항은 0점에서 3점까지의 4점 Likert 척도로 측정하고, 점수가 높을수록 해당 대처가 높다는 것을 의미한다. 김시숙과 류은정(2018)이 혈액 투석환자를 대상으로 시행한 Brief COPE의 전체 Cronbach's α 는 .88이었고, 접근지향적 대처전략(적극 대처, 정서적 지지, 정보추구, 긍정적 재평가, 계획, 수용)의 Cronbach's α 는 .80으로 확인되었다. 본 연구의 확인적 요인분석 결과 모든 문항의 요인부하량이 0.5이상으로 확인되어 12문항 모두를 최종 분석에 사용하였으며, 본 연구에서 적극 대처, 정서적 지지, 정보추구, 긍정적 재평가, 계획, 수용에 대한 신뢰도 Cronbach's α 는 각각 .72, .75, .78, .77, .70, .79이었고, 접근지향적 대처전략의 총점수에 대한 신뢰도 Cronbach's α 는 .95이었다.

D. 자료수집 방법 및 절차

1. 예비 조사

본 조사를 진행하기 전, 연구에 사용할 설문지를 요양병원에서의 5년 이상 경험을 가진 간호사 3명을 통해서 요양병원 입원노인 5명에게 2021년 2월 15일부터 2월 16일까지 배부하여 예비 조사를 시행하였고, 설문 문항에서 이해하기 어렵거나 문항의 내용이 명확하지 않은 것, 설문 진행 시 소요시간 등을 조사하였다. 예비 조사 결과, 큰 문제는 확인되지 않아 자료수집을 진행하였다.

2. 자료 수집

자료수집은 2021년 2월 17일부터 3월 10일까지 시행되었다. 전라도 소재 300병상 이상의 요양병원 2곳에 입원 중인 65세 이상 노인 중 복합만성질환자를 연구대상자로 하였다. 자료수집은 각 기관의 부서장에게 자료수집에 대한 허락을 받은 후 진행되었고, 대상자 선정조건에 맞는 대상자를 편의 추출하였으며, 연구의 목적을 설명한 후, 동의한 자에게는 설문내용의 이해를 명확히 하기 위해 연구보조원이 설문을 읽어주고 응답할 수 있도록 하였다. 연구보조원은 5년 이상 요양병원 입원노인에 대한 임상경력이 있는 간호사 3명이며, 사전모임을 통해 연구목적, 대상자 선정조건, 설문 문항에 대한 교육을 시행하였다. 설문 문항은 일반적 특성 9문항, 자가관리 12문항, D 유형 성격 14문항, 인지적 질병인식 6문항, 우울 10문항, 접근지향적 대처전략 12문항으로 구성되어 있으며, 설문 작성에는 20-30분 정도가 소요되었다. 환자의 입원 기간, BMI(kg/m²), 보험 종류, 환자군 분류체계, 인지기능점수(K-MMSE), 일상활동점수(ADL), 만성질환 개수와 종류는 의무기록으로 확인하였다.

E. 대상자의 윤리적 보호

본 연구는 연세의료원 연구윤리심의위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인을 받아 진행되었다(과제번호 Y-2020-0221). 연구 참여는 본인의 의사를 충분히 반영하여 자율적으로 참여하도록 하며, 언제든지 참여 중단 및 철회가 가능함을 설명한 후 개별 동의를 받았다. 대상자 보호를 위해 자료 수집 시 연구를 통해 알게 된 내용은 연구목적으로만 사용될 것임을 설명하였고, 연구의 모든 과정에서 참여자의 익명성과 비밀보장에 관해 설명하였다. 연구 동의서와 설문지는 분리하여 동의서에 기재된 개인정보를 통해 설문지를 유추할 수 없도록 하고, 회수된 설문지는 부호화하며, 자료는 일련번호를 매겨 관리하였다. 연구에 참여함으로써 요양병원 입원노인의 자가관리를 향상시킬 수 있는 연구개발에 기여할 수 있음을 설명하였다. IRB의 규정에 따라 회수된 설문지는 잠금장치가 있는 장소에 보관하여 연구자만 접근할 수 있도록 하고, 3년간 보관 후 폐기할 예정이다.

F. 자료분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS WIN 23.0 프로그램과 AMOS(Analysis of Moment Structure) 23.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성 및 측정변수는 기술통계 분석을 시행하였고, 표본의 정규성은 평균, 편차, 왜도, 첨도로 검증하였다.
- 2) 측정변수 간 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 3) 측정도구의 타당도를 확인하기 위해 확인적 요인분석을 시행하였고, 이를 바탕으로 집중타당도, 판별타당도를 확인하였다. 집중타당도는 요인부하량(λ , loading factor), 유의성(p), 평균분산추출(Average Variance Extracted, AVE), 개념 신뢰도(Construct Reliability, CR)로 산출하여 평가하였고, 판별 타당도는 평균분산

추출과 두 구성개념 간 상관계수 제곱 값을 비교하여 검증하였다. 연구도구의 신뢰도는 Cronbach's α 로 확인하였다.

- 4) 구조방정식 모형분석을 위한 모수 추정은 최대우도법을 사용하였고, 모형의 적합성 여부를 평가하기 위한 모형 타당도는 χ^2 (Chi-Square), 표준 절대 적합지수(χ^2/df , $Q < 3$), 비교 적합지수(comparative fit index, $CFI \geq 0.9$), 터커-루이스 지수(Turker-Lewis index, $TLI \geq 0.9$), 근사 오차평균제곱의 이중근(root mean squared error of approximation, RMSEA 0.06~0.08)를 이용하였다.
- 5) 가설적 모형에 대한 추정계수의 유의성을 검증하기 위해 경로계수(Standardized Regression Weight, SRW), 표준오차(Standard Error, SE), 고정지수(Critical Ratio, C.R), p 값을 이용하였고, 내생변수에 대한 설명력은 다중 상관자승(Squared Multiple Correlations, SMC)을 이용하였다.
- 6) 연구 모형의 직접효과, 간접효과 및 총 효과를 확인하기 위해 부트스트랩(Bootstrapping)을 이용 하였으며, 부트스트랩 표본 수는 2000으로 하고, 95% 신뢰수준을 기준으로 하여 통계적 유의성을 판단하였다.

V. 연구결과

A. 대상자의 특성

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 설문 조사를 통해 수집된 표본 중 불성실한 응답이나 결측값이 있는 자료는 제외하고, 최종 287명에 대한 설문을 분석하였다. 본 연구에 참여한 요양병원 입원노인의 연령은 75세 이상이 73.2%이며, 여성이 73.9%이었다. 종교는 86.1%가 없었으며, 결혼상태는 사별이 77.7%로 많았다. 배우자가 없는 경우가 84.0%이었으며, 초등학교 졸업 이하가 69.3%이었다. 가족의 경제적 수준은 월 100만 원 미만이 86.8% 이었고, 입원 전 거주지는 자택이 84.3%로 많았으며, 주관적 건강상태는 건강하지 못하다고 응답한 경우가 83.3%로 나타났다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of the Subjects (N=287)

Variable	Category	n(%)
Age(years)	65~74	77(26.8)
	≥ 75	210(73.2)
Sex	Male	75(26.1)
	Female	212(73.9)
Religion	Christian	17(5.9)
	Catholic	12(4.2)
	Buddhism	11(3.8)
	None	247(86.1)
Marital status	Single	2(0.7)
	Married	49(17.1)
	Divorced or Separated	10(3.45)
	Widowed	223(77.7)
	Others	3(1.0)
Spouse	Yes	46(16.0)
	No	242(84.0)
Education level	≤Elementary school	199(69.3)
	Middle school	51(17.8)
	High school	37(12.9)
Household monthly income (10,000won)	<100	249(86.8)
	100~200	37(12.9)
	201~300	1(0.3)
Route of hospitalization	via Home	242(84.3)
	via Hospital	16(5.6)
	via Nursing home	17(5.9)
	via Children' s house	12(4.2)
Self-rated health	Unhealthy	239(83.3)
	Moderate	46(16.0)
	Good	2(0.7)

2. 대상자의 임상적 특성

본 연구에 참여한 요양병원 입원노인의 임상적 특성으로는 입원 기간은 평균 18.69 ± 8.66 개월로 나타났고, BMI(kg/m^2)는 평균 23.63 ± 9.68 로 나타나 과체중이 40.4%의 비율로 많았다. 보험 종류로는 건강보험이 63.8%로 많았고, 환자군 분류체계는 의료 중도군이 81.9%로 많았다. K-MMSE는 평균 19.00 ± 1.67 로 확인되었다. 만성질환 개수는 평균 3.91 ± 1.29 로 나타났고, 다중 응답 분석 결과, 가장 많은 빈도를 차지한 진단계통은 심혈관계질환이 40.6%, 신경계 질환이 17.1%, 내분비계 질환이 10.8% 순이었다. 그리고 ADL은 1-5점 범위로 측정한 결과 옷 벗고 입기 3.44 ± 0.71 점, 세수하기 2.97 ± 0.57 점, 양치질하기 3.30 ± 0.74 점, 목욕하기 4.00 ± 0.56 점, 식사하기 3.03 ± 0.72 점, 체위 변경하기 3.15 ± 0.67 점, 일어나 앉기 3.08 ± 0.59 점, 옮겨 앉기 3.05 ± 0.59 점, 방 밖으로 나오기 3.37 ± 0.74 점, 화장실 사용하기 3.47 ± 0.70 점으로 중간 이상의 의존도를 나타냈다(Table 2).

Table 2. Clinical Characteristics of the Subjects

(N=287)

Variable	Category	n(%) or Mean±SD
Length of admission (month)		18.69±8.66
BMI(kg/m ²)		23.63±9.68
	Underweight(<20)	53(18.5)
	Normal(20-24)	114(39.7)
	Overweight(25 ~ 29)	116(40.4)
	Obese(≥30)	4(1.4)
Type of insurance	Medicaid	104(36.2)
	National medical insurance	185(63.8)
Classification	High of Medical care	40(13.9)
	Medium of Medical care	235(81.9)
	Low of Medical care	12(4.2)
K-MMSE(Score)		19.00±1.67
Activities of Daily Living(ADL)	Getting Dressed	3.44±0.71
	Washing face	2.97±0.57
	Personal hygiene	3.30±0.74
	Bathing or Showering	4.00±0.56
	Eating	3.03±0.72
	Bed mobility	3.15±0.67
	Get into/out of bed or chair	3.08±0.59
	Transfer	3.05±0.59
	Walk outside room	3.37±0.74
	Toilet hygiene	3.47±0.70
Number of disease		3.91±1.29
Type of disease	Circulatory system	438(40.6)
	Neurologic system	185(17.1)
	Endocrine disease	116(10.8)
	Musculoskeletal system	92(8.5)
	Respiratory system	75(7.0)
	Rheumatic disease	57(5.3)
	Genitourinary system	56(5.2)
	Digestive system	24(2.2)
	Neoplasms	22(2.0)
	Mental and behavioral disorders	14(1.3)

B. 연구변수의 서술적 통계

본 연구변수인 D 유형 성격, 인지적 질병인식, 우울, 접근지향적 대처전략에 대한 수준 및 정규성을 확인하기 위해 기술통계, 왜도와 첨도를 확인하였다. 자기관리는 0-8점 범위의 척도로 측정되었는데 평균 4.99 ± 1.34 로 나타났으며, D 유형 성격은 0-4점 범위의 척도로 측정되었는데 평균 1.81 ± 0.81 로 나타났다. 인지적 질병인식은 0-10점 범위의 척도로 측정되었는데 평균 6.45 ± 1.69 로 나타났으며, 우울은 0-3점 범위의 척도로 측정되었는데 평균 1.17 ± 0.60 로 나타났다. 접근지향적 대처전략은 0-3점 범위의 척도로 측정되었는데 평균 1.40 ± 0.63 으로 나타났다.

자료의 정규성 검증에서 왜도는 $\pm 2 \sim 3$, 첨도는 $\pm 7 \sim 10$ 미만이면 자료가 정규성 가정을 만족하는 것으로 해석한다(Curran, West & Finch, 1996; Kline, 2016). 본 연구에 포함된 모든 측정변수는 왜도와 첨도의 기준을 만족하여 자료분포의 정규성 가정이 충족되었다(Table 3).

Table 3. Descriptive Statistics of Measured Variables

(N=287)

Variables	Mean	SD	Range	Skewness	Kurtosis
Self management	4.99	1.34	0-8	-0.19	-1.15
Coping	5.03	1.45	0-8	-0.05	-1.18
Partnership in treatment	5.03	1.39	0-8	-0.24	-1.17
Recognition and managing symptoms	5.01	1.43	0-8	-0.19	-1.02
Knowledge	4.81	1.35	0-8	-0.39	-1.06
Type D personality	1.81	0.81	0-4	0.38	-1.05
Negative affectivity	1.78	0.82	0-4	0.46	-0.99
Social inhibition	1.85	0.82	0-4	0.26	-1.05
Cognitive illness perception	6.45	1.69	0-10	-0.32	-0.76
Consequences	6.57	1.63	0-10	-0.63	-0.40
Timeline	6.72	1.80	0-10	-0.46	-0.53
Personal control	6.39	2.01	0-10	-0.29	-0.72
Treatment control	6.33	2.04	0-10	-0.27	-0.82
Identity	6.37	1.90	0-10	-0.24	-0.65
Coherence	6.30	1.93	0-10	-0.14	-0.93
Depression	1.17	0.60	0-3	0.70	-0.46
Approach coping	1.40	0.63	0-3	0.45	-1.04
Active coping	1.47	0.65	0-3	0.28	-0.90
Emotional support	1.38	0.71	0-3	0.38	-0.35
Use of informational support	1.42	0.71	0-3	0.21	-0.76
Positive reframing	1.39	0.71	0-3	0.32	-0.54
Planning	1.28	0.79	0-3	0.47	-0.74
Acceptance	1.46	0.68	0-3	0.10	-0.79

C. 관측변수 간의 상관관계

본 연구에서 사용된 관측변수 간의 상관관계를 분석한 결과, 하나의 잠재변인을 구성하는 관측변수 간의 상관계수는 모두 유의하였고, 0.613~0.934로 전반적으로 높은 상관계수를 보였다. 즉 하나의 잠재변인을 구성하는 관측변수 간 상관관계는 높은 것으로 판단할 수 있다.

서로 다른 잠재변수를 구성하는 관측변수 간 전반적으로 유의한 상관관계를 보이기는 했지만, 0.90 이상의 높은 상관계수를 보이지는 않았기 때문에 다중 공선성 문제는 없는 것으로 볼 수 있고(한상숙, 이상철, 2018), 판별 타당도를 저해할 가능성이 작은 것으로 판단할 수 있다(Table 4).

Table 4. Correlations between the Observed Variables

(N=287)

	TD1	TD2	CIP1	CIP2	CIP3	CIP4	CIP5	CIP6	D	C1	C2	C3	C4	C5	C6	SM1	SM2	SM3	SM4
TD1	1																		
TD2	.934**	1																	
CIP1	-.384**	-.435**	1																
CIP2	-.385**	-.417**	.785**	1															
CIP3	-.419**	-.492**	.757**	.625**	1														
CIP4	-.391**	-.468**	.769**	.620**	.852**	1													
CIP5	-.384**	-.454**	.782**	.654**	.802**	.838**	1												
CIP6	-.368**	-.442**	.784**	.613**	.840**	.872**	.863**	1											
D	.804**	.797**	-.404**	-.412**	-.454**	-.420**	-.419**	-.410**	1										
C1	-.470**	-.532**	.611**	.508**	.670**	.682**	.659**	.669**	-.546**	1									
C2	-.478**	-.535**	.589**	.478**	.642**	.640**	.621**	.664**	-.519**	.734**	1								
C3	-.507**	-.566**	.624**	.544**	.681**	.647**	.642**	.669**	-.561**	.738**	.729**	1							
C4	-.404**	-.470**	.627**	.510**	.673**	.680**	.673**	.717**	-.516**	.785**	.757**	.733**	1						
C5	-.377**	-.460**	.633**	.491**	.643**	.689**	.659**	.691**	-.509**	.793**	.762**	.708**	.757**	1					
C6	-.539**	-.567**	.561**	.487**	.582**	.572**	.565**	.558**	-.612**	.758**	.718**	.754**	.695**	.699**	1				
SM1	-.520**	-.583**	.685**	.566**	.757**	.762**	.715**	.743**	-.560**	.704**	.700**	.736**	.729**	.690**	.646**	1			
SM2	-.542**	-.582**	.662**	.589**	.720**	.724**	.691**	.711**	-.570**	.681**	.662**	.692**	.680**	.620**	.657**	.867**	1		
SM3	-.460**	-.512**	.676**	.554**	.738**	.767**	.689**	.740**	-.516**	.693**	.675**	.686**	.733**	.694**	.623**	.903**	.868**	1	
SM4	-.537**	-.575**	.655**	.563**	.705**	.713**	.654**	.698**	-.557**	.656**	.646**	.667**	.666**	.608**	.607**	.851**	.915**	.848**	1

* $P < .05$, ** $P < .01$

TD=Type D personality(TD1 Negative affectivity, TD2 Social inhibition), CIP=Cognitive Illness Perception(CIP1 consequences, CIP2 timeline, CIP3 Personal control, CIP4 Treatment control, CIP5 Identity, CIP6 Coherence), D=Depression, C=Coping(C1 Active coping, C2 Emotional support, C3 Use of informational support, C4 Positive reframing, C5 Planning, C6 Acceptance), SM=Self Management(SM1 Coping, SM2 Partnership in Health, SM3 Recognition and managing symptoms, SM4 Knowledge)

D. 가설모형의 타당도와 신뢰도 평가

본 연구의 가설적 모형에 대한 검증은 측정모형의 타당성과 적합도를 검증한 후 구조모형을 추정하였다. 먼저, 확인적 요인분석을 통해 잠재변수와 측정변수의 관계를 추정하여 측정하고자 하는 개념이나 속성을 정확히 측정했는지 타당도와 신뢰도를 분석하였고, 구조모형 검증에서 구조방정식 모형을 통해 경로를 추정하고, 잠재변수들의 관계를 분석하였다.

1. 확인적 요인분석과 수렴타당도

본 연구대상인 요양병원 입원노인의 D 유형 성격, 인지적 질병인식, 우울, 접근지향적 대처전략, 자기관리 간 구조적인 관계를 검증하기 전에, 잠재변인과 관측 변인의 타당성 여부를 판단하기 위해 확인적 요인분석을 시행하였다(Figure 4).

확인적 요인분석 결과, $\chi^2=510.472(df=179, N=287)$, $CMIN/DF(Q)=2.852$, $CFI=.955$, $TLI=.947$, $RMSEA=.08$ 로 확인되어 측정모형은 양호하였다. 잠재변수에 대한 측정변수의 타당성을 확인하기 위해 요인부하량이 유의한지 확인하였고, 표준화된 요인부하량이 최소 0.5 이상이 되는지 확인하였다. 최소기준을 충족하지 못한 경우, 해당 관측변수를 제거한 후 모형분석을 수행하는 것을 권장하고 있는데(Anderson & Gerbing, 1988), 본 연구에서는 요인부하량이 0.5 미만인 변수는 없었다(Table 5).

수렴 타당도는 잠재변인을 구성하는 관측 변인의 상관성이 높은지를 판단하는 것으로 개념 신뢰도(Construct Reliability, CR)가 0.7 이상, 평균분산추출(Average Variance Extracted, AVE)이 0.5 이상일 때, 수렴 타당도가 있는 것으로 판단할 수 있다(Kline, 2016). 본 연구에서 모든 변인은 수렴 타당도의 기준치를 충족하였다(Table 5).

Table 5. Result of Confirmatory Factor Analysis and Convergent Validity (N=287)

Latent variable	Observed variable	Factor loading	t	p	CR	AVE
Type D personality	Negative affectivity	.960			0.977	0.954
	Social inhibition	.972	37.116	<.001		
Cognitive illness perception	Consequences	.853			0.951	0.766
	Timeline	.707	14.151	<.001		
	Personal control	.902	21.305	<.001		
	Treatment control	.928	22.567	<.001		
	Identity	.907	21.518	<.001		
	Coherence	.933	22.849	<.001		
Depression	Depression 1	.945			0.921	0.796
	Depression 2	.819	20.559	<.001		
	Depression 3	.913	27.395	<.001		
Approach Coping	Active coping	.887			0.944	0.736
	Emotional support	.854	20.448	<.001		
	Use of informational support	.852	20.343	<.001		
	Positive reframing	.874	21.494	<.001		
	Planning	.866	21.051	<.001		
	Acceptance	.833	19.420	<.001		
Self-management	Coping	.939			0.966	0.876
	Partnership in treatment	.943	32.224	<.001		
	Recognition and managing symptoms	.934	31.031	<.001		
	Knowledge	.927	30.160	<.001		
χ ² (df)=510.472(179), χ ² /df=2.852, CFI=.955, TLI=.947, RMSEA=.080						

CR=Construct Reliability, AVE=Average Variance Extracted, CFI=Comparative Fit Index, TLI=Turker-Lewis index, RMSEA=Root Mean Squared Error of Approximation

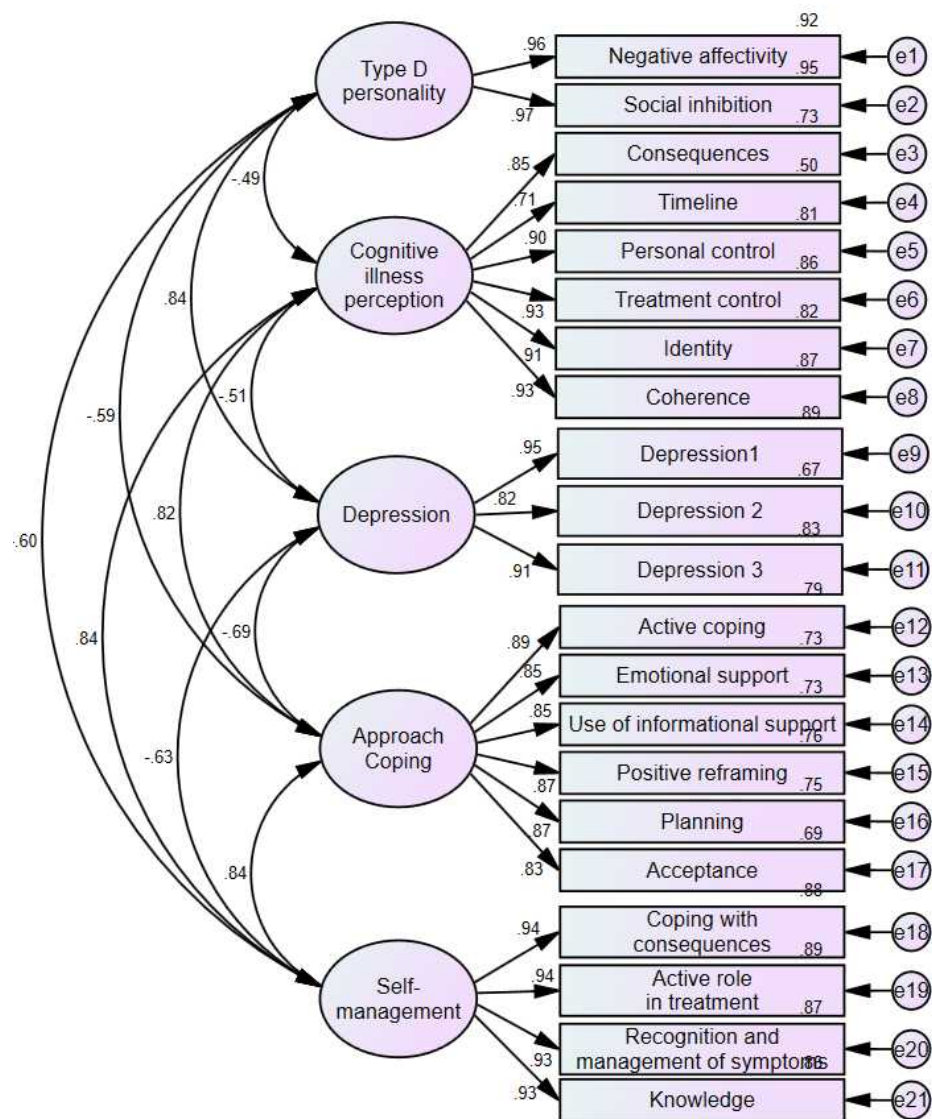


Figure 4. Confirmatory Factor Analysis Model

2. 판별 타당도(Discriminant Validity)

확인적 요인분석 결과를 바탕으로, 판별 타당도를 검토하였다. 판별 타당도는 측정 모형을 구성하는 잠재변인 간 유사성이 지나치게 높지 않고, 어느 정도 독립적인 개념이 있는지를 판단하는 것을 의미한다. 판별 타당도 검증기준은 두 구성개념 간 각각의 평균분산추출 값(AVE)과 상관계수 제곱 값(ρ^2)을 비교하여 평균분산추출 값이 상관계수 제곱 값보다 클 경우, 판별 타당도가 있는 것으로 판단한다(한상숙, 이상철, 2018). 본 연구에서는 평균분산추출 값이 상관계수 제곱 값보다 큰 것으로 확인되어 판별 타당도를 확보하였다(Table 6).

Table 6. Discriminant Validity of Latent Variables (N=287)

	TD	CIP	D	C	SM	AVE
TD	1	.241	.712	.349	.361	0.954
CIP	-.491	1	.260	.681	.706	0.766
D	.844	-.510	1	.471	.399	0.796
C	-.591	.825	-.686	1	.699	0.736
SM	-.601	.840	-.632	.836	1	0.876

Lower of diagonal= ρ , Upper of diagonal= ρ^2

TD=Type D personality, CIP=Cognitive illness perception, D=Depression, C=Approach coping, SM=Self-management, AVE=Average variance Extracted

3. 신뢰도 검정

구성개념이 일관성 있게 측정되었는지 확인하기 위해 Cronbach's α 값이 0.7 이상 인지 확인한 결과, 본 연구에서 모든 측정변수는 신뢰도를 만족하였다(Table 7).

Table 7. Reliability of Measurement Tools (N=287)

Variables	Scales	No of items	Score range	Cronbach's α
Type D personality	Type D Personality Scale-14(DS-14)	14	0~56	.962
Negative affectivity		7	0~28	.926
Social inhibition		7	0~28	.926
Cognitive Illness Perception	Brief-Illness Perception	6	0~60	.950
Consequences	Questionnaire(B-IPQ)	1	0~10	
Timeline		1	0~10	
Personal control		1	0~10	
Treatment control		1	0~10	
Identity		1	0~10	
Coherence		1	0~10	
Depression	Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D)	10	0~30	.915
Approach Coping	Brief-COPE	12	0~36	.946
Active coping		2	0~6	.723
Emotional support		2	0~6	.750
Use of informational support		2	0~6	.775
Positive reframing		2	0~6	.770
Acceptance		2	0~6	.701
Planning		2	0~6	.790
Self-management	The Partners In Health (PIH)	12	0~96	.976
Coping with consequences		4	0~32	.940
Active role in treatment		4	0~32	.940
Knowledge		2	0~16	.908
Recognition and management of symptoms		2	0~16	.924

E. 가설적 모형의 검증

1. 가설모형의 적합도 검증

본 연구의 가설적 모형을 검증하기 위하여 구조모형 분석을 시행하였다. 가설모형의 적합도는 Chi-square(X^2/p), CMIN/DF(Q), CFI, TLI, RMSEA로 판단하였다. 이 중 Chi-square(X^2/p)는 표본 수와 다변량 정규성 가정에 민감하여 단독으로 모형을 평가하는 것은 적합하지 않으므로, 다른 적합도 지수를 함께 고려해야 한다(홍세희, 2000). 일반적인 모형적합도 수용 가능 수준은 CMIN/DF은 3 이하(한상숙, & 이상철, 2018), CFI와 TLI는 0.90이상(홍세희, 2000), RMSEA는 0.06이상 0.08이하의 범위가 제2종 오류를 줄일 수 있는 수준으로서 모형의 적합도가 좋다(Hu & Bentler, 1999). RMSEA의 경우 신뢰구간의 설정이 가능하고, 신뢰구간의 간격이 좁으면 추정된 RMSEA 값은 정확하며, 연구자는 추정된 RMSEA 값을 바탕으로 이론모형을 평가할 수 있음을 의미한다(홍세희, 2000). 본 연구의 가설적 모형의 적합도 지수는 $X^2=510.472(df=179, N=287)$, CMIN/DF(Q)=2.852, CFI=.955, TLI=.947, RMSEA=.08로 나타나 적합도는 양호한 것으로 볼 수 있다(Table 8).

Table 8. Model Fit of the Hypothetical model

Index	χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	90% CI	
								Low	High
Reference			>.05	<3	$\geq .90$	$\geq .90$.06-.08		
Hypothetical	510.472	179	.001	2.852	.955	.947	.08	.072	.089

CFI=Comparative Fit Index, TLI=Turker-Lewis index, RMSEA=Root Mean Squared Error of Approximation

2. 가설모형의 경로계수 검정

가설적 모형에서 경로 분석을 확인하기 위한 표준화 경로계수(Standardized Regression Estimates, SRE), t(Critical Ratio, C.R), 다중 상관자승(Squared Multiple Correlation, SMC)을 확인하였다. 가설적 모형의 각 경로계수들의 유의성을 확인한 결과, 총 9개 경로 중 6개의 경로가 유의하였으며, 3개의 경로는 유의하지 않았다. 가설적 모형에서 통계적으로 유의한 6개의 경로는 다음과 같다.

인지적 질병인식에 영향을 미치는 변수는 D 유형 성격($\beta = -.491, p < .001$)으로 확인되었고, 인지적 질병인식과 D 유형 성격은 서로 부적인 관계를 보였으며, 인지적 질병인식에 대해 D 유형 성격은 24.1%의 설명력을 나타냈다. 우울에 영향을 미치는 변수는 D 유형 성격($\beta = .844, p < .001$)으로 확인되었고, 우울과 D 유형 성격은 서로 정적인 관계를 보였으며, 우울에 대해 D 유형 성격은 71.2%의 설명력을 나타냈다. 접근지향적 대처전략에 영향을 미치는 변수는 인지적 질병인식($\beta = .650, p < .001$)과 우울($\beta = -.433, p < .001$)이었고, D 유형 성격($\beta = .093, p = .186$)은 통계적으로 유의한 관계가 확인되지 않았다. 접근지향적 대처전략에 대해 인지적 질병인식, 우울, D 유형 성격은 77.8%의 설명력을 나타냈다. 자기관리에 영향을 미치는 변수는 인지적 질병인식($\beta = .480, p < .001$), 접근지향적 대처전략($\beta = .326, p < .001$)으로 확인되었고, D 유형 성격($\beta = -.119, p = .069$)과 우울($\beta = -.063, p = .411$)은 통계적으로 유의한 관계는 확인되지 않았다. 자기관리에 대해 인지적 질병인식, 접근지향적 대처전략, D 유형 성격, 우울은 78.8%의 설명력을 나타냈다(Table 9).

Table 9. Result of Structural Equation Model

(N=287)

Endogenous variables	Endo/Exogenous variables	B	S.E.	β	t (C.R)	p	SMC
Cognitive illness perception	← Type D personality	-.872	.101	-.491	-8.592	<.001	.241
Depression	← Type D personality	.615	.615	.844	20.551	<.001	.712
Approach Coping	← Type D personality	.068	.052	.093	1.323	.186	
	← Cognitive illness perception	.270	.020	.650	13.166	<.001	.778
	← Depression	-.438	.075	-.433	-5.859	<.001	
Self-management	← Type D personality	-.207	.113	-.119	-1.821	.069	
	← Cognitive illness perception	.469	.064	.480	7.342	<.001	
	← Depression	-.149	.182	-.063	-0.822	.411	.788
	← Approach Coping	.768	.181	.326	4.250	<.001	

B=Standardized regression weight, S.E=Standard Error, C.R=Critical Ratio, SMC=Squared Multiple Correlation

3. 연구가설의 검정

본 연구의 가설적 모형에서 설정한 9개의 직접 경로 관련 연구가설 중 6개가 지지되었고, 3개는 기각되었다. 가설검증 결과는 Table 9에 의거 하였고, 최종 모형은 Figure 5와 같다.

1) 인지적 질병인식을 내생변수로 하는 가설

가설 1. “D 유형 성격은 인지적 질병인식에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.” 는 통계적으로 유의하여 지지되었다($\beta = -.491$, $C.R = -8.592$, $p < .001$).

2) 우울을 내생변수로 하는 가설

가설 2. “D 유형 성격은 우울에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.” 는 통계적으로 유의하여 지지되었다($\beta = .844$, $C.R = 20.551$, $p < .001$).

3) 접근지향적 대처전략을 내생변수로 하는 가설

가설 3. “D 유형 성격은 접근지향적 대처전략에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.” 는 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다($\beta = .093$, $C.R = 1.323$, $p = .186$).

가설 4. “인지적 질병인식은 접근지향적 대처전략에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.” 는 통계적으로 유의하여 지지되었다($\beta = .650$, $C.R = 13.166$, $p < .001$).

가설 5. “우울은 접근지향적 대처전략에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.” 는 통계적으로 유의하여 지지되었다($\beta = -.433$, $C.R = -5.859$, $p < .001$).

4) 자기관리를 내생변수로 하는 가설

가설 6. “D 유형 성격은 자기관리에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.” 는 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다($\beta = -.119$, $C.R = -1.821$, $p = .069$).

가설 7. “인지적 질병인식은 자기관리에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.”는 통계적으로 유의하여 지지되었다($\beta=.480$, $C.R=7.342$, $p<.001$).

가설 8. “우울은 자기관리에 부적(-) 영향을 미칠 것이다.”는 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다($\beta=-.063$, $C.R=-.822$, $p=.411$).

가설 9. “접근지향적 대처전략은 자기관리에 정적(+) 영향을 미칠 것이다.”는 통계적으로 유의하여 지지되었다($\beta=.326$, $C.R=4.250$, $p<.001$).

위의 가설검증 결과를 종합한 본 연구의 최종 모형은 다음과 같다.

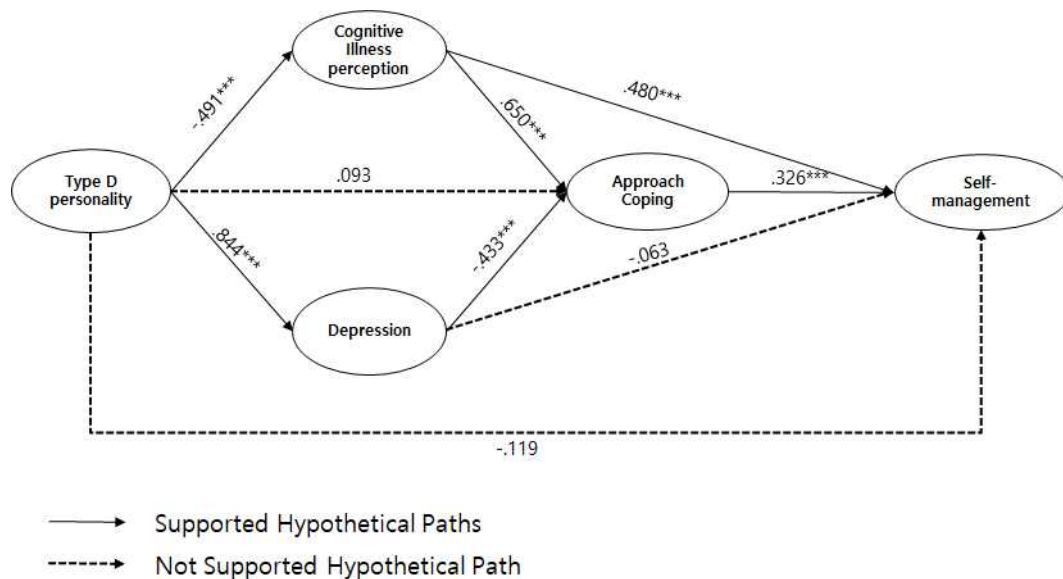


Figure 5. Final Model of This Study

4. 가설모형의 효과분석

본 연구의 가설적 모형에서 잠재변수 간 직접효과, 간접효과 및 총 효과를 확인하기 위해 효과분석을 시행하였고, 간접효과와 총 효과의 경우, 부트스트래핑을 통해 유의성을 확인하였다. 또한, 접근지향적 대처전략에 대한 매개변수 효과를 확인하였는데, 매개 효과는 독립변수와 종속변수 사이에 상관관계가 유의한 상태에서 제3의 변수로서 매개변수가 개입되어 독립변수와 매개변수의 상관관계와 매개변수와 종속변수의 상관관계가 유의할 때 발생한다.

인지적 질병인식에 D 유형 성격은 직접효과와 총효과가 있었고($\beta = -.491$, $p < .001$), 우울에 대하여 D 유형 성격은 직접효과와 총효과가 있었다($\beta = .844$, $p < .001$). 접근지향적 대처전략에 대하여 D 유형 성격은 간접효과($\beta = -.684$, $p = .001$)와 총효과($\beta = -.591$, $p = .002$)가 있었고, 인지적 질병인식은 직접효과와 총효과가 있었으며($\beta = .650$, $p < .001$), 우울은 직접효과와 총효과가 있었다($\beta = -.433$, $p < .001$).

자가관리에 대하여 D 유형 성격은 간접효과($\beta = -.482$, $p = .001$)와 총효과($\beta = -.601$, $p = .001$)가 유의하게 나타났다. 자가관리에 대하여 인지적 질병인식은 직접효과($\beta = .480$, $p < .001$), 간접효과($\beta = .212$, $p = .001$), 총효과($\beta = .692$, $p < .001$)가 유의하게 나타났다. 또한, 자가관리에 대하여 우울은 간접효과($\beta = -.141$, $p = .001$)와 총효과($\beta = -.204$, $p = .011$)가 유의하게 나타났다. 마지막으로, 자가관리에 대한 접근지향적 대처전략은 직접효과와 총효과가 유의하게 나타났다($\beta = .326$, $p < .001$).

결과적으로, D 유형 성격은 자가관리에 간접효과, 총효과가 유의하였고, 인지적 질병인식은 직접효과, 간접효과, 총효과가 유의하였으며, 우울은 간접효과와 총효과, 접근지향적 대처전략은 직접효과와 총 효과가 유의한 것으로 확인되었으며, 접근지향적 대처전략은 자가관리에 대한 매개변수 역할을 하는 것으로 확인하였다(Table 10).

Table 10. Standardized Direct, Indirect, Total Effects of Model

(N=287)

Endogenous variables	Endo/ Exogenous variables	Direct effect			Indirect effect			Total effect		
		B	β	<i>p</i>	B	β	<i>p</i>	B	β	<i>p</i>
Cognitive illness perception	← Type D personality	-.872	-.491	<.001				-.872	-.491	<.001
Depression	← Type D personality	.615	.844	<.001				.615	.844	<.001
Approach Coping	← Type D personality	.068	.093	.186	-.505	-.684	.001	-.436	-.591	.002
	← Cognitive illness perception	.270	.650	<.001				.270	.650	<.001
	← Depression	-.438	-.433	<.001				-.438	-.433	<.001
Self-management	← Type D personality	-.207	-.119	.069	-.836	-.482	.001	-1.043	-.601	.001
	← Cognitive illness perception	.469	.480	<.001	.207	.212	.001	.677	.692	<.001
	← Depression	-.149	-.063	.411	-.336	-.141	.001	-.486	-.204	.011
	← Approach Coping	.768	.326	<.001				.768	.326	<.001

VI. 논의

본 연구는 요양병원 입원노인의 자기관리에 미치는 요인을 Leventhal 등(1992)이 제안한 자기조절상식모형을 기반으로 모형을 구축하고, 구조방정식 모델링을 통해서 타당성을 검증하기 위해 수행되었다. 연구결과를 바탕으로 요양병원 입원노인의 자기관리에 대한 모형의 타당성과 가설적 모형을 검증한 결과 및 변수 간의 관련성을 논의하고자 한다.

A. 요양병원 입원노인의 일반적 특성

본 연구에서 요양병원 입원노인의 75세 이상 노인은 73.2%이고, 이 중 여성 노인 비율은 73.9%이었다. 2019년 통계청에서 발표한 연령별 기대수명은, 남자 80.3년, 여자 86.3년으로 성별 격차는 6년 정도로 확인되고 있다(통계청, 2019). 이와 관련하여 우리나라 65세 이상 노인 인구비율 중 여성 노인의 인구비율은 남성 노인에 비해 여전히 높게 확인되고 있으며, 만성질환으로 인해 요양병원이나 요양시설을 이용하는 비율에서도 여성 노인의 비율이 높게 나타나고 있어, 사회적인 현상이 반영된 결과이다.

본 연구에서 대상자의 종교 유무를 확인한 결과, 종교가 없다고 응답한 경우가 86.1%였고, 결혼상태로는 배우자가 사별한 경우가 77.7%로, 현재 배우자가 없는 경우가 84%로 나타났다. 종교 유무와 배우자 유무는 요양병원 혹은 요양시설과 같은 새로운 환경에 적응하는데 영향을 미치는 변수이다(이경미, 조은주, 2016). 요양병원 입원노인은 가족의 빈 자리를 대체할 수 있는 입원 동료, 병원 내 직원이나 의료진 지지가 높다(최동숙, 이병숙, 2018).

요양병원 입원노인의 질병 관련 요인을 살펴보면, 본 연구대상자는 집에서 거주하다가 입원한 경우가 84.3%로 많았고, 입원 기간은 평균 18.69 ± 8.66 개월이었다. 이는

노인이 새로운 시설환경에 적응하는 기간이 최소 3개월에서 1년 사이로 볼 때(장애경, 박연환, 2010), 요양병원이라는 새로운 환경에 적응이 된 장기입원환자이다.

본 연구에서 대상자가 지각한 건강상태는 나쁘다가 83.3%, 보통 이상이라고 응답한 경우가 16.7%로 확인되었다. 선행연구에서도 요양병원 입원노인이 지각한 건강상태는 나쁘다고 인식한 경우가 50% 정도로 높게 나왔는데(이경미, 조은주, 2016), 이는 요양병원이 질병 치료라는 주된 목적이 반영된 결과이다(가혁, 2019).

본 연구에서 요양병원 입원환자는 의료 중도군이 81.9%로 많았다. 요양병원 입원환자 분류체계는 환자의 기능상태와 의료서비스 요구도에 의해 의료최고도, 의료고도, 의료 중도와 의료 경도 및 선택 입원군에 대한 5개 분류로 구분하고 있다(보건복지부, 2019). 선행연구에서, 의료 중도군으로 분류된 입원노인은 대체로 의식상태는 명료하고, 의사소통은 원활한 편이며, 보행방법에서는 지팡이, 워커로 인한 경우가 많고, 배설기능에 대해서는 조절할 수 있는 경우가 못함보다 다소 많은 특징이 있다(임보라 등, 2019).

본 연구에서 대상자의 인지기능수준을 확인하기 위해 의무기록으로 확인한 K-MMSE 점수는 평균 19 ± 1.67 점으로 확인되어 경도인지장애 수준이었다. 이는 대상자 선정조건에서, 일반병동이 아닌 치매병동에 입원한 경우, 설문지 이해 및 의사소통에 어려움이 있다고 판단하여 제외기준으로 두었기 때문이다. 요양병원 입원노인을 대상으로 한 연구에서도, 경도인지장애가 88.7%로 나타나(장효열, 김태임, 2016) 본 연구결과와 유사하다.

연령과 BMI(Body mass index)는 복합만성질환 유병률과 관련있는 변수로 알려져있고, 일반적으로 연령이 높고, BMI가 높을수록 복합만성질환 유병률이 높다(박희왕, 이무식, 2019). 우리나라 60대 만성질환자의 경우 평균 3개, 70대 이상 만성질환자의 경우 평균 3.5개의 복합만성질환을 보유하고 있는데(정영호 등, 2013), 본 연구에 참여한 요양병원 입원노인의 경우 75세 이상이 73.2%였고, 복합만성질환에 대한 질환개수는 평균 3.91 ± 1.29 개로 확인되어 유사한 결과이다. 또한, 본연구에서 심혈관계 질환이 40.6%로 가장 많이 차지하였다. 이는 대상자 선정기준에서 치매 노인 및 심각한 인지장애의 경우는 대상자에 포함하지 않았기 때문이고, 치매 노인을 제외한 요양병원 입원노인을 대상으로 시행한 연구에서도 심혈관계질환이 77.5%로 가장 많이 차

지되었고, 평균 복합만성질환 수는 2.6 ± 0.88 개로 확인된 것과 유사한 결과이다(장효열, 김태임, 2016).

B. 요양병원 입원노인의 자기관리 영향요인

구조모형 검증 결과 요양병원 입원노인의 자기관리를 설명하는 요인은 인지적 질병인식, D 유형 성격, 접근지향적 대처전략, 우울의 순서로 총 효과의 크기가 나타났고, 자기관리에 대한 직접효과는 인지적 질병인식, 접근지향적 대처전략, D 유형 성격의 순서로 영향을 주었으며, 자기관리에 대한 간접효과는 D 유형 성격, 인지적 질병인식, 우울 순으로 영향을 주었다. 이들 변수는 자기관리를 78.8% 설명하였다.

연구결과 요양병원 입원노인의 자기관리에 가장 큰 영향을 주는 요인으로 분석된 것은 인지적 질병인식이었다. 인지적 질병인식은 접근지향적 대처전략과 자기관리에 정적인 방향으로 직접적인 영향을 주기도 하였고, 접근지향적 대처전략을 매개로 자기관리에 간접적인 영향을 주기도 하였다. 이는 인지적 질병인식이 감정적 질병인식과 함께 접근지향적 대처전략을 매개로 질병평가에 영향을 주는 것으로 설명한 이론적 기틀과 일치한다(Leventhal et al., 1992; Leventhal et al., 2016). 또한, 암 환자를 대상으로 질병인식과 대처, 결과와의 관계를 분석한 체계적 문헌고찰연구에서도 질병인식은 대처에 영향을 주고, 질병인식과 질병결과와 큰 관련성을 보였고(Richardson, Schüz, Sanderson, Scott, & Schüz, 2017), 간이식 수혜자의 질병결과에 대한 질병인식은 자기관리에 간접적인 영향을 주는 것으로도 확인되어(전미경, 박연환, 2017), 본 연구결과를 지지한다. 인지적 질병인식의 하위개념인 질병이 심각하다고 느끼고, 이환 기간이 길고, 질병으로 인한 결과가 좋지 않다고 인식할수록 신체적, 사회적 기능이 감소하고(Hagger & Orbell, 2003), 치료통제나 개인통제가 높고, 질병에 대한 이해도가 높은 경우에는 적응적 행동 및 문제 해결 중심적인 대처전략과 관련 있는 것으로 나타났다(Hagger & Orbell, 2003). 선행연구에서 인지적 질병인식은 D 유형 성격과 건강 행위 사이에서 매개역할을 하는 것으로 확인되었는데(Kwon & Kang, 2018), 이는 본 연구결과와 일치하는 결과로서, 인지적 질병인식은 D 유형 성격을 보이는 복합만성질환을 가진 요양병원 입원노인의 자기관리에 직접, 간접적인

영향을 줄 수 있는 중요변수라 할 수 있다.

두 번째로, 자가관리에 영향을 준 변수는 D 유형 성격이었다. D 유형 성격은 분노, 슬픔, 공포, 불안정과 같은 부정적 정서에 취약하고, 감정과 행동의 표출을 억제하는 경향이 있는 것으로 알려져 있다(Denollet, 2005). 본 연구에서 D 유형 성격을 보인 대상자는 56.8%이었다. 이는 D 유형 성격은 고혈압 환자 53%(Denollet, 2005), 관상동맥질환자에게서 36.1%(차경숙 등, 2013)로 나타난 것보다 다소 높은 수준이다. 본 연구에서 D 유형 성격은 자가관리에 부적인 관계로 간접효과가 있었고, 인지적 질병 인식에는 부적인 관계로 직접 효과가 있었으며, 우울과는 정적인 관계로 직접효과가 있었고, 접근지향적 대처전략에는 부적인 관계로 간접효과가 있었다. 이는 선행연구에서 관상동맥질환을 가진 대상자에게 D 유형 성격은 인지적 질병인식과 건강 행위에 부적인 관계가 있고(Kwon & Kang, 2018), 우울과는 정적인 관계로 영향을 주는 것으로 확인되어(Denollet, 2005; Yamaguchi, Izawa, & matsunaga, 2020), 본 연구결과와 일치하였다. 이러한 결과는 D 유형 성격이 질병이나 증상을 경험할 때, 질병에 대한 부정적 감정이 그렇지 않은 집단에 비해 더 크게 나타나고, 사회적인 상호작용에 어려움을 느끼기 때문으로 알려져 있다(Denollet, 2005). 따라서, 질병을 치료하고 건강을 증진하고자 하는 전략을 계획할 때, 대처전략과 질병결과에 영향을 미치는 D 유형 성격 여부를 고려해야 한다(Horwood et al., 2016).

세 번째로, 자가관리에 영향을 주는 변수는 접근지향적 대처전략으로 확인되었고, 접근지향적 대처전략이 높을수록 자가관리를 잘하였다. 본 연구에서 요양병원 입원노인의 접근지향적 대처전략점수는 0-3점 범위에서, 평균 평점 1.40점으로 나타나 접근지향적 대처전략 사용이 낮은 수준이었다. 본 연구대상자에게서 D 유형 성격이 56.8%, 우울이 있는 경우가 54%로 높게 나타났는데, 선행연구에서 D 유형 성격과 우울이 있는 사람은 계획 세우기와 같은 접근지향적 대처전략이 낮고(Yamaguchi et al., 2020), 복합만성질환자의 경우, 부인, 회피와 같은 회피적 대처를 많이 사용하는 것과 유사하였다(Cheng et al., 2020). 본 연구에서 접근지향적 대처전략은 인지적 질병인식의 영향을 크게 받고 있었는데, 선행연구에서도 인지적 질병인식의 하위요인인 치료통제와 개인통제 정도가 크면 접근지향적 대처전략과 긍정적 결과와의 관련성을 보인 것과 일치하는 결과이다(Richardson et al., 2017). 또한, 본 연구에서 접근지향적 대처전략은 질병인식으로부터 질병평가에 대한 매개역할을 하여 이론적

모형을 검증하였다(Leventhal et al., 1992). 비록 어떤 대처를 사용하는 것이 더 낫다고 말할 수는 없지만(Leventhal et al., 1992), 스트레스 상황을 어떻게 받아들이고 평가하고, 해석하는지, 그리고 개인이 어떤 자원을 활용하여 대처 행동을 선택하는지 확인하는 것은 질병에 대한 적응 정도와 질병결과를 예측할 수 있다는 점에서 중요하다(Svensson et al., 2016). 그러나 혈액 투석환자를 대상으로 시행한 연구에서는 대처전략이 결과변수에 직접적인 영향을 주지 못하였는데, 이는 대처전략이 대상자 특성이나 성향, 환경적 맥락의 영향을 받기 때문으로 보았다(차지은, 2014; Leventhal et al., 1992). 따라서, 대처전략이 자가관리에 긍정적 영향을 주기 위해서는 대상자 집단의 특성과 성향을 확인하여, 적절한 대처전략을 고려해야 한다.

네 번째로, 자가관리에 영향을 미치는 요인은 우울이었다. 본 연구에서 우울은 접근지향적 대처전략에 부적인 방향으로 직접효과가 있었고, 접근지향적 대처전략을 매개로 하여 자가관리에 부적인 영향을 주는 간접효과가 있었다. 본 연구에서 총점 30점에서 10점 이상인 경우인 임상적 우울은 54%로 높게 나타났다. 이는 선행연구에서 요양병원 입원노인의 평균 우울 점수가 중증 우울수준이라는 보고와 일치하고(남지숙, 양진향, 2012), 복합만성질환자의 경우, 그렇지 않은 집단에 비해 우울이 2.13배 높게 보고된 것과 유사한 수준이다(Read et al., 2017). 이는, 요양병원 입원노인의 경우, 재가 노인에 비해 더 많은 만성질환을 가지고 있고, 장기입원과 가족과 떨어져 있는 환경 등으로 인해 자아존중감이 저하되기 때문에, 우울이 가중된다고 설명하고 있다(남지숙, 양진향, 2012). 그러나 대부분의 만성질환 노인들이 우울을 신체적 증상의 일부로 여기는 경향이 있어, 적극적 치료를 받지 못하고 있는 경우가 많아, 의료진은 요양병원 입원노인을 대상으로 신체적 질병과 증상, 심리적 요인, 환경적 요인 등을 포함한 포괄적인 우울 사정이 필요하다(Read et al., 2017).

이상의 결과를 토대로, 요양병원 입원노인에게 질병과 관련된 부정적인 인식을 바로잡고, 우울을 낮추고, 접근지향적 대처전략을 향상시키는 것은 자가관리를 향상시킬 수 있는 주요 전략으로 확인되었다. 또한, D 유형 성격이 강한 경우, 자기조절 과정에 부정적 영향을 주기 때문에, 이들 대상자에게는 더욱 적극적인 의료진의 개입이 필요함을 확인하였다. 그러나 본 연구에서 사용된 단축형 인지적 질병인식도구는 복합만성질환자의 인지적 질병인식에 대한 특성을 설명하기에 제한점이 있었다. 선행연구에서, 복합만성질환자의 경우, 단일 만성질환자보다 감정적 표현이 두드러지고, 치

료에 대한 부담이 크며, 우선순위 세우는 것에 대한 어려움, 질병에 대한 인과관계와 활동 제한과 같은 특징을 갖고 있었지만(Gibbons et al., 2013), 이러한 특성이 드러나지는 못하였다. 본 연구는 전라도 소재 요양병원 2곳에서 요양병원 입원노인을 대상으로 진행하였으므로 문화적 배경이 다른 지역과 환경, 그리고 다른 질환의 특성이 있는 집단에게 적용할 때에는 주의가 필요하다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 자기체계, 질병인식, 대처전략과 평가에 이르는 자기조절 과정을 통합적으로 고려하여 자가관리를 설명하기 위한 이론적 모형을 검증하였으며, 복합만성질환을 보유한 요양병원 입원노인을 대상으로 D 유형 성격이 자가관리에 미치는 매개경로와 효과를 분석함으로써 자기조절의 역동적 과정을 설명하였다는 점에서 의의가 있다. 또한, 자료수집을 계획할 때, 노인대상자임을 고려하여 예비조사를 통해 대상자의 문항 이해 정도를 확인하였고, 연구보조원이 문항을 읽고 답할 수 있도록 하여 설문지의 완성도를 높이는 노력을 하였다.

C. 연구의 의의

본 연구의 의의는 다음과 같다.

간호 이론 측면에서, 본 연구는 Leventahl 등(1992)의 자기조절상식모형을 기반으로 요양병원 입원노인의 자가관리 설명하는 가설적 모형을 구축하여 검증한 후, 타당성을 확보하였으므로, 자가관리에 관한 간호이론을 발견하고 검증하였다는 것에 기여하였다고 할 수 있다.

간호 연구 측면에서, 요양병원 입원노인을 대상으로 자기조절과정에 기반한 자가관리 전략을 확인한 연구가 미비하므로, 요양병원 입원노인의 자가관리 간호 중재를 위한 근거를 제시하였다는 점에서 의의가 있다.

간호 실무 측면에서, 본 연구는 요양병원 입원노인의 개인적 성향을 고려하고, 자기조절과정에 기반한 자가관리 전략을 제공함으로써 추후, 자가관리 향상프로그램을 진행할 때 근거를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

간호 교육 측면에서, 고령사회에 따른 노인 간호학의 중요성은 점점 커지고 있는데, 본 연구를 통해 요양병원 입원노인에 대한 이해를 돕고, 요양병원 입원노인에게도 능동적으로 치료에 대한 선호도와 선택을 도와야 한다는 간호의 역할에 대한 인식을 심어줄 수 있으며, 자기관리에 대한 간호 중재를 교육할 수 있다는 점에서 의의가 있다.

간호 정책 측면에서, 의료진은 요양병원 입원노인을 대상으로, 자기조절 전략을 사용하여 지속적인 자기관리를 할 수 있도록 도와야 하며, 이는 환자 상태 개선 및 간호의 질 향상과도 연결되는 것이다. 또한, 최근 추진되고 있는 정책의 주요 흐름은, 만성질환 노인이 지역사회에 거주하면서 필요한 재가 서비스를 받을 수 있도록 하는 것인데, 이러한 맥락에서 지속적인 자기관리전략을 모색하는 것은 중요하다.

VII. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 요양병원 입원노인 287명을 대상으로 자가관리 관련 요인을 규명하기 위해 Leventhal 등(1992)의 자기조절상식모형을 기반으로 모형을 구축하였고, 모형의 적합도는 권장수준을 만족하였다. 잠재변수간 관계를 설정하여 총 9개 경로 중 6개가 통계적으로 유의하게 지지되었다. 본 연구의 자가관리와 관련된 경로를 분석한 결과, D 유형 성격은 인지적 질병인식에 부적 영향, 우울에는 정적 영향을 주었다. 인지적 질병인식은 접근지향적 대처전략에 정적 영향, 우울은 접근지향적 대처전략에 부적 영향을 주었고, 접근지향적 대처전략을 매개로 자가관리에 영향을 주었다. 인지적 질병인식과 접근지향적 대처전략은 자가관리에 정적 영향, 우울은 자가관리에 부적 영향을 주었으며, 이들 변수는 자가관리를 78.8% 설명하였다. 자가관리에 대한 총효과는 인지적 질병인식, D유형성격, 접근지향적 대처전략, 우울의 순서로 영향을 주었다.

본 연구를 통해서 요양병원 입원노인에게 자기조절과정의 주요개념인 인지적 질병인식을 높이고, 우울을 낮추고, 접근지향적 대처전략을 모색하는 것은 자가관리의 주요 전략이 될 수 있음을 확인하였다. 또한, D 유형 성격은 자가관리에 부적인 영향을 미치기 때문에, D 유형 성격의 대상자에게는 의료진의 관심과 적극적인 개입이 필요함을 인식해야 한다. 특히, 인지적 질병인식, 우울, 접근지향적 대처전략은 중재를 통해 개선이 가능한 것으로 알려져 있으므로 자가관리를 위한 프로그램을 계획할 때 중요하게 고려해야 할 변수이다.

B. 제언

이상의 연구결과를 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

간호 이론 측면에서, 자기조절상식모형은 성인 및 노인 만성질환자를 대상으로 자가관리를 설명하기 위한 이론적 기틀로 사용되어왔다. 최근에는 자기조절과정에 대한 긍정적이고 반복된 경험을 통한 자가관리 행위 유지에 초점을 두고 있다. 즉, 긍정적인 건강결과를 유지하기 위한 대상자의 루틴에 건강 관련 습관이 개입되게 하는 전략이다. 따라서 추후 연구에서는 이러한 행위에 대한 루틴을 설명할 수 있는 건강 관련 습관의 개념을 확인하고, 모형에 추가하여, 자기조절상식모형을 검증 및 확장하는 연구를 시도해 볼 것을 제언한다.

간호 연구 측면에서, 복합만성질환의 특성이 반영된 인지적 질병인식도구를 사용하여 자기조절상식모형의 주요개념과의 관련성을 확인해 볼 것을 제언한다. 또한, 자기조절상식모형이 국외연구에서는 체계적 문헌고찰까지 이루어졌으나, 국내연구에서는 그 활용이 아직 미비한 편이어서, 우리나라 상황을 고려한 다양한 만성질환자를 대상으로 적용해봄으로써, 만성질환자의 자가관리를 효과적으로 이해할 수 있는 모델인지에 대해 확인 및 검증하는 반복 연구가 필요하다.

간호 실무 측면에서, 요양병원 입원노인의 자가관리 전략을 고려할 때, 대상자의 성향, 인지적 질병인식과 감정적 질병인식, 그리고 자가관리에 도움이 될 수 있는 대처전략을 함께 모색하는 것이 주요 전략이 될 수 있음을 확인하였으므로 복합만성질환을 가진 요양병원 입원노인의 자가관리 향상프로그램을 개발하여 적용할 것을 제언한다.

참고문헌

- 국가통계포털. (2021). 2021 고령인구비율. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20631&conn_path=I2. 2021.04.08.
- 국가통계포털. (2020). 2020년 중별 설립구분별 요양기관 현황. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA43&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=354_MT_DTITLE&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE. 2021.04.08.
- 가혁. (2019). 요양병원과 노인요양시설의 지역사회통합돌봄 대응 방안. *장기요양연구*, 7(2), 5-18. doi:10.32928/tjltc.7.2.1
- 김혜진, 변진이. (2019). 질병지각에 대한 체계적 문헌고찰 - 국내 학술지 논문을 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 19(10), 432-441. doi:10.5392/JKCA.2019.19.10.432
- 남지숙, 양진향. (2012). 요양병원에 입원한 만성질환 노인의 우울에 대한 영향요인. *한국자료분석학회*, 14(6), 3035-3047.
- 노인경, 김명수. (2018). 대사증후군과 관상동맥질환 중증도의 관계에서 생활습관과 D 유형 성격의 조절효과. *성인간호학회지*, 30(3), 290-300. doi:10.7475/kjan.2018.30.3.290
- 노용균, 윤종률, 선우덕등. (2010). 노인 요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안연구. *대한노인병학회. 보건복지부*.
- 박희왕, 이무식. (2019). 복합만성질환의 융합적 관련요인에 관한 연구. *한국융합학회논문지*, 10(8), 75-82. doi:10.15207/JKCS.2019.10.8.075
- 배성우, 김이영, 도문학, 김혜지, 박병선. (2020). 축약형 우울척도 (CES-D-10)의 요인구조 및 측정불변성 검증: Andersen form 과 Boston form 을 중심으로. *정신건강과 사회복지*, 48(1), 33-55. doi:10.24301/MHSW.2020.03.48.1.33
- 보건복지부. (2019). 제7차 건강보험정책심의위원회. 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결. Retrieved from <http://www.mohw.go.kr>. 2021.05.23.
- 손연정, 윤현경. (2019). 복합질환을 가진 입원노인 대상 환자중심간호 개념분석. *중환자간호학회지*, 12(2), 61-72. doi:10.34250/jkccn.2019.12.2.61

- 이대희, 이재숙. (2012). 요양병원과 노인성 질환. *대한임상노인의학회지*, 13(4), 133-152.
- 이경미, 조은주. (2016). 요양병원 입원노인의 간호만족도, 자아존중감 및 우울이 적응에 미치는 영향. *한국산학기술학회논문지*, 17(5), 441-451. doi:10.5762/KAIS.2016.17.5.441
- 임보라, 안상윤, 김광환. (2019). 일개 요양병원 입원환자의 환자분류군 특성에 관한 연구 : 의무기록 정보를 바탕으로. *한국산학기술학회논문지*, 20(11), 324-334. doi:10.5762/KAIS.2019.20.11.324
- 의료법. (2020). 법률 제17203호. Retrived from <https://www.law.go.kr/법령/의료법>. 2021.04.08.
- 의료법시행규칙. (2020). 보건복지부령 제511호. Retrived from <https://www.law.go.kr/법령/의료법시행규칙>. 2021.04.08.
- 장애경, 박연환. (2010). 장기요양시설 입소노인의 자기 통제감, 사회적지지, 우울과 적응. *성인간호학회지*, 22(5), 519-528.
- 장효열, 김태임. (2016). 요양병원 입원노인의 수면 양상 및 영향요인. *한국테이터정보과학회*, 27(3), 773-789. doi:10.7465/jkdi.2016.27.3.773
- 장희경, 길초롱, 김혜진, 배한주, 양은옥, 윤미림, 하자현. (2018). 인간중심돌봄에 대한 요양병원 간호사의 인식: 포커스 그룹 연구. *한국산학기술학회논문지*, 19(11), doi:10.5762/KAIS.2018.19.11.441
- 전미경, 안정원, 박연환, 이미경. (2019). 한국어판 자가관리 측정도구 (Partners In Health scale) 의 타당도 및 신뢰도 분석. *중환자간호학회지*, 12(2), 1-12. doi:10.34250/jkccn.2019.12.2.1
- 전미경, 박연환. (2017). 간이식 수혜자의 자가관리 구조모형. *대한간호학회지*, 47(5), 663. doi:10.4040/jkan.2017.47.5.663
- 정영호, 고숙자, 김은주. (2013). 효과적인 만성질환 관리방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 정지연. (2017). **요양병원 노인교육 프로그램에 대한 노인들의 인식**. 미출판 석사학위 논문. 경남대학교 대학원.
- 차경숙, 임수미, 조옥희. (2013). D 유형 성격에 따른 관상동맥질환자의 정신건강과 삶의 질. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(5), 286-294. doi:10.5392/JKCA.2013.13.05.

- 차지은. (2014). **자가관리과정을 중심으로 한 혈액투석환자의 삶의 질 모형구축**. 미출판 박사학위논문. 서울대학교 대학원.
- 최동숙, 이병숙. (2018). 요양병원 입원노인의 사회적 지지와 자아통합감 및 희망에 관한 연구. *인문사회* 21, 9(1), 681-694. doi:10.22143/HSS21.9.1.54.
- 통계청. (2019). 2019년 생명표 작성 결과. Retrieved from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=386324. 2021.05.23.
- 한상숙, 이상철. (2018). *SPSS/AMOS를 활용한 간호 보건 통계분석*. 한나래아카데미.
- 홍세희. (2000). 구조 방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거. *한국심리학회지*, 19(1), 161-177.
- Anderson, J.C., & Gerbing, D.W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.
- Andersen, E.M., Malmgren, J.A., Carter, W.B., & Patrick, D.L. (1994). Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *American journal of preventive medicine*, 10(2), 77-84. doi:10.1016/s0749-3797(18)30622-6
- Bandura, A. (1986). Self-regulatory Mechanism. In A. Bandura, Social foundation of thought and action : A social cognitive theory. *Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall*, 335-389.
- Battersby, M.W., Ask, A., Reece, M.M., Markwick, M.J., & Collins, J.P. (2003). The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health*, 9(3), 41-52. doi:10.1071/PY03022
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187. doi:

10.1016/s0738-3991(02)00032-0

- Beck, A.T. (1967). *Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A. L., Blakemore, S. J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of Universal Self-regulation-Based Interventions in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 172(6), 566-575. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.0232
- Broadbent, E., Wikes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K.J. (2015). Asystematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30, 1361-1385. doi:10.1080/08870446.2015.1070851
- Buss, A., Wolf-Ostermann, K., Dassen, T., Lahmann, N., & Strupeit, S. (2016). Effectiveness of educational nursing home visits on quality of life, functional status and care dependency in older adults with mobility impairments: a randomized controlled trial. *Journal of evaluation in clinical practice*, 22(2), 213-221. doi:10.1111/jep.12457
- Cameron, L.D., & Leventhal, H. (2003). *Self-regulation, health, and illness*. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.)
- Cameron L.D., & Jago L. (2008). Emotion regulation intervention : A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215-221. doi:10.1348/135910708X288800
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92(1), 111.
- Cheng, C., Inder, K., & Chan, S.W. (2020). Coping with multiple chronic

- conditions : An integrative review. *Nurs Health Sci.* doi : 10.1111/nhs.12695.
- Corbin J, & Strauss A. (1988). *Unending Work and Care : Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Curran, P.J., West, S.G., & Finch, J.F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, 1(1), 16.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic medicine*, 67(1), 89-97. doi:10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
- Fortin, M., Almirall, J., & Nicholson, K. (2017). Development of a research tool to document self-reported chronic conditions in primary care. *Journal of comorbidity*, 7(1), 117-123. doi:10.15256/joc.2017.7.122
- Ga, H. (2020). Long-Term Care System in Korea. *Annals of geriatric medicine and research*, 24(3), 181-186. doi:10.4235/agmr.20.0036
- Gibbons, C.J., Kenning, C., Coventry, P.A., Bee, P., Bundy, C., Fisher, L., & Bower, P. (2013). Development of a multimorbidity illness perceptions scale (MULTIpleS). *PloS one*, 8(12), e81852. doi: 10.1371/journal.pone.0081852
- Hagerty, B.M., & Bathish, M.A. (2018). Testing the relationship between a self-management intervention for recurrent depression and health outcomes. *Applied nursing research : ANR*, 44, 76-81. doi:10.1016/j.apnr.2018.10.001.
- Hagger, M.S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation. *Psychology & Health*, 18, 141-184. doi : 10.1080/088704403100081321
- Hagger, M.S., Koch, S., Chatzisarantis, N.L.D., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process

- model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117-1154. doi:10.1037/bul0000118
- Horwood, S., Anglim, J., & Tooley, G. (2016). Statistically modelling the relationships between Type D personality and social support, health behaviors and symptom severity in chronic illness groups. *Psychology & health*, 31(9), 1047-1063. doi:10.1080/08870446.2016.1167209
- Huffman M.H. (2009). HEALTH COACHING: a fresh, new approach to improve quality outcomes and compliance for patients with chronic conditions. *Home healthcare nurse*, 27(8), 490-498. doi:10.1097/01.NHH.0000360924.64474.04
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Karaminia, R., Soltani, M. A., & Bagherian-Sararoudi, R. (2013). Prediction of elders' general health based on positive and negative perfectionism and type-d personality. *International journal of preventive medicine*, 4(6), 641-647.
- Kim, Y., & Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences*, 32(8), 1377-1390. doi:10.1016/s0191-8869(01)00128-3
- Kline, R.B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4 ed. Vol. 327-348): Guilford Press.
- Kwon, M., & Kang, J. (2018). Mediating effect of illness perception on the relationship between Type D personality and health behaviors among coronary artery disease patients. *Health psychology open*, 5(2). doi: 10.1177/2055102918817228
- Lansing, A.H., & Berg, C.A. (2014). Adolescent self-regulation as a foundation for chronic illness self-management. *Journal of pediatric psychology*, 39(10), 1091-1096. doi:10.1093/jpepsy/jsu067
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer publishing company.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). *The common sense representation of illness danger*. In: Rachman S, ed. *Contributions to Medical Psychology*. New York: Pergamon Press, 7-30.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2),143-163. doi : 10.1007/bf01173486
- Leventhal, H., Phillips, L.A., & Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6),935-946. doi : 8000/10.1007/s10865-016-9782-2.
- Lim, H.E., Lee, M.S., Ko, Y.H., Park, Y.M., ... Denollet, J. (2011). Assessment of the type D personality construct in the Korean population: a validation study of the Korean DS14. *Journal of Korean medical science*, 26(1),116-123. doi : 10.3346/jkms.2011.26.1.116
- Lorig, K.R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1),1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01
- Min, J., Chang, Y., Lee, K.M., Choe, K.H., & An, J.Y. (2017). Transcultural Adaptation and Validation of the Korean Version of the Brief Illness Perception Questionnaire for Patients with Pulmonary Tuberculosis. *Journal of global infectious diseases*, 9(3), 113-116. doi:10.4103/0974-777X.212583
- Moon, J.R., Huh, J., Song, J., Kang, I.S., Park, S.W., Chang, S.A., ... Jun, T.G.(2017). The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale is an adequate screening instrument for depression and anxiety disorder in adults with congenital heart disease. *Health Qual Life Outcomes*, 15(1), 176. doi:10.1186/s12955-017-0747-0

- Morgan, S., & Yoder, L.H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*, 30(1), 6-15. doi:10.1177/0898010111412189
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire(IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1-16. doi:10.1080/08870440290001494
- Nefs, G., Speight, J., Pouwer, F., Pop, V., Bot, M., & Denollet, J. (2015). Type D personality, suboptimal health behaviors and emotional distress in adults with diabetes: results from Diabetes MILES-The Netherlands. *Diabetes research and clinical practice*, 108(1), 94-105. doi : 10.1016/j.diabres.2015.01.015
- Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A. L., Blakemore, S. J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of Universal Self-regulation-Based Interventions in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 172(6), 566-575. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.0232
- Patterson, B.J. (1995). The process of social support: Adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 682-689.
- Park, Y.H., Moon, S.H., Ha, J.Y., & Lee, M.H. (2017). The long-term effects of the health coaching self-management program for nursing-home residents. *Clinical interventions in aging*, 12,1079-1088. doi : 10.2147/CIA.S137821
- Park, C., Won, M.H., & Son, Y.J. (2020). Mediating effects of social support between Type D personality and self-care behaviours among heart failure patients. *Journal of advanced nursing*, 77(3),1315-1324. doi:10.1111/jan.14682
- Park, Y.H., & Chang, H. (2014). Effect of a health coaching self-management program for older adults with multimorbidity in nursing homes. *Patient preference and adherence*, 8, 959-970. doi:10.2147/PPA.S62411
- Petkov, J., Harvey, P., & Battersby, M. (2010). The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a

- patient rated chronic condition self-management measure. *Quality of Life Research*, 19(7), 1079-1085. doi:10.1007/s11136-010-9661-1
- Read, J.R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B.F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 221, 36-46. doi:10.1016/j.jad.2017.06.009
- Richardson, E.M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J.L., & Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 26(6), 724-737. doi:10.1002/pon.4213
- Salisbury, C., Man, M.S., Bower, P., Guthrie, B., Chaplin, K., Gaunt, D.M., ... Mercer, S.W. (2018). Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet (London, England)*, 392(10141), 41-50. doi:10.1016/S0140-6736(18)31308-4
- Schulman-Green, D., Jaser, S.S., Park, C., & Whitemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of advanced nursing*, 72(7), 1469-1489. doi : 10.1111/jan.12902
- Svensson, T., Inoue, M., Sawada, N., Yamagishi, K., Charvat, H., Saito, I., ... Akiba, S. (2016). Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study. *European heart journal*, 37(11), 890-899. doi:10.1093/eurheartj/ehv724
- Van den Akker, M., Buntinx, F., Roos, S., & Knottnerus, J.A. (2001). Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(7), 675-679. doi:10.1016/s0895-4356(00)00358-9
- Williams, L., & Wingate, A. (2012). Type D personality, physical symptoms and subjective stress: the mediating effects of coping and social support.

Psychology & health, 27(9), 1075-1085. doi:10.1080/08870446.2012.667098

Yamaguchi, D., Izawa, A., & Matsunaga, Y. (2020). The Association of Depression with Type D Personality and Coping Strategies in Patients with Coronary Artery Disease. *Internal medicine*, 59(13), 1589-1595. doi.org/10.2169/internalmedicine.3803-19

부 록 1. 기관윤리심의위원회 연구 승인서



연세의료원 연구심의위원회
 Yonsei University Health System, Institutional Review Board
 서울특별시 서대문구 연세로 50-1 (우) 03722
 Tel. 02 2228 0454, Fax. 02 2227 7888 Email. irb@yuhs.ac

심 의 일 자 2021년 2 월 5 일
 접 수 번 호 2020-3754-002
 과제승인번호 Y-2020-0221

연세의료원 연구심의위원회의 심의 결과를 다음과 같이 알려 드립니다.

Protocol No.
 연 구 제 목 요양병원 입원노인의 자기관리 구조요형
 연 구 책 임 자 김선기 / 연세대학교 연세대학교
 의 회 자 (학)연세대학교
 연구예정기간 2021.02.05 ~ 2022.02.04
 지속심의 빈도 12개월마다
 과제승인일 2021.02.05
 위험수준 Level 1 최소위험
 심 의 방 법 신속
 심 의 유 형 질의답변 + 계획변경
 심 의 내 용
 심 의 위 원 회 연세의료원 IRB
 참 석 위 원 연세의료원 IRB 신속심의자
 심 의 결 과 승인
 심 의 의 견 -

※ 연세의료원 연구심의위원회는 생명윤리 및 안전에 관한 법률을 준수합니다.
 연구책임자 및 연구담당자가 IRB 위원인 경우, 해당 위원은 위 연구의 심의과정에 참여하지 않았습니다.

연세의료원
 연구심의위원회
 위원장



부 록 2. 도구사용 승인

1) DS-14

WebMail 내용 보기

보낸 사람 :

Younghoon Ko <koyh@korea.ac.kr>

주소록 추가

받는 사람 :

+ '김선기' 외 0명

제목 :

RE: Type D 성격 도구사용에 대한 승인을 위해 연락드립니다

받은 일시 :

2020-10-27 08:46:44

첨부 자료 :

2011_AssessmentoftheTypeDPersonality.pdf [강제 Down] (615,418 KB)

D314KR_FINAL.pdf [강제 Down] (128,502 KB)

출력하기

메일 PC저장하기

□□□

좋은 결과 연결 바랍니다.

2) CESD-10

<https://scireproject.com/outcome-measures/list-sci/mental-health/center-for-epidemiological-studies-depression-scale-ces-d-and-ces-d-10/>

Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D and CES-D-10)

Assessment Overview

Assessment Area

ICF Domain:
 Body Function
Subcategory:
 Mental Functions

You Will Need

Length:
 5-10 minutes, 10 (CES-D-10) or 20 (CES-D) items
Scoring:
 Items scored 0-4. Total score is the sum of all items: 0-30 for CES-D-10 and 0-60 for CES-D. Higher scores indicate greater symptoms
Training:
 None but knowledge about depression and mental health is helpful

Summary

The CES-D was developed to identify current depressive symptomatology related to major or clinical depression in adults and adolescents. It is a screening measure (NOT a diagnostic tool). Items include depressed mood, feelings of guilt, worthlessness and helplessness, psychomotor retardation, loss of appetite and sleep difficulties. There are 10 and 20 item versions of the scale. The most commonly used version of the CES-D is the 20 item version; thus when articles state CES-D, they usually refer to the 20 item version. The CESD-R (not discussed here) was developed in 2004 as a revision of the original CES-D.

Availability

Available for free here:
https://scireproject.com/wp-content/uploads/worksheet_center_for_epidemiologic_studies_depression_scale_ces-d.pdf
Languages: Translations are available

3) Brief IPQ

WebMail 내용 보기

보낸 사람 :

Elizabeth Broadbent <e.broadbent@auckland.ac.nz>

주소록 추가

받는 사람 :

+ 김선기 외 0명

제목 :

Re: Asking for permission to use Brief-IPQ

받은 일시 :

2020-08-16 16:11:00

첨부 자료 :

-

출력하기

메일 PC저장하기

전달하기

회신하기

전체회신

You have permission to use it for your PhD.
Regards
Liz

On 16/08/2020, at 6:50 PM, 김선기 <sunki@cha.ac.kr> wrote:

Dear , Dr. Broadbent

WebMail 내용 보기

보낸 사람 :

Jinsoo Min <minjinsoo@gmail.com>

주소록 추가

받는 사람 :

+ 김선기 외 0명

제목 :

Re: BIPQ 한국어 도구 사용 승인 요청을 위해 메일드립니다

받은 일시 :

2020-08-17 15:49:37

첨부 자료 :

-

출력하기

메일 PC저장하기

전달하기

회신하기

전체회신


안녕하세요, 메일 감사드립니다. BIPQ사용 가능하십니다. 다음의 논문 인용 부탁드립니다. 추가로 상의할 일 있으면 연락주세요. 감사합니다. 민진수 올림

Understanding illness perception in pulmonary tuberculosis patients: One step towards patient-centered care
J Min, C Chung, SS Jung, HK Park, SS Lee, KM Lee
PloS one 14 (6), e0218106, 2019

Jinsoo Min, M.D., M.P.H.
Catholic TB Study Group
Division of Pulmonary and Critical Care Medicine
The Catholic University of Korea College of Medicine
minjinsoo@gmail.com
https://ctbggroup.org

4) Brief-COPE

<https://local.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sc1BrCOPE.phtml>



UNIVERSITY OF MIAMI

COLLEGE OF ARTS AND SCIENCES

PSYCHOLOGY

[About the Department](#)
[Academics](#)
[Research](#)
[Clinics](#)

previous study. In creating the reduced item set, we also "tuned" some of the scales somewhat (largely because some of the original scales had dual focuses) and omitted scales that had not appeared to be important among breast cancer patients. In this way the positive reinterpretation and growth scale became positive reframing (no growth); focus on and venting of emotions became venting (focusing was too tied to the experiencing of the emotion, and we decided it was venting we were really interested in); mental disengagement became self-distraction (with a slight expansion of mentioned means of self-distraction). We also added one scale that was not part of the original inventory--a 2-item measure of self-blame--because this response has been important in some earlier work.

You are welcome to use all scales of the Brief COPE, or to choose selected scales for use. Feel free as well to adapt the language for whatever time scale you are interested in.

Citation: Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. [\[abstract\]](#)

Following is the BRIEF COPE as we are now administering it, with the instructional orientation for a presurgery interview (the first time the COPE is given in this particular study). Please feel free to adapt the instructions as needed for your application.

Scales are computed as follows (with no reversals of coding):

- Self-distraction, items 1 and 19
- Active coping, items 2 and 7
- Denial, items 3 and 8
- Substance use, items 4 and 11
- Use of emotional support, items 5 and 15
- Use of instrumental support, items 16 and 18

I have had many questions about combining scales into "problem focused" and "emotion focused" aggregates, or into an "overall" coping index. I have never done that in my own use of the scales. There is no such thing as an "overall" score on this measure, and I recommend no particular way of generating a dominant coping style for a give person. Please do NOT write to me asking for instructions to for "adaptive" and "maladaptive" composites, because I do not have any such instructions. I generally look at each scale separately to see what its relation is to other variables. An alternative is to create second-order factors from among the scales (see the 1989 article) and using the factors as predictors. If you decide to do that, I recommend that you use your own data to determine the composition of the higher-order factors. Different samples exhibit different patterns of relations.

If you can not figure out from these instructions how to examine your data, please consult with your own statistical person rather than sending me questions.

- If you are interested in a [Spanish version](#) of the Brief COPE.
- If you are interested in a [French version](#) of the Brief COPE.
- If you are interested in a [German version](#) of the Brief COPE.
- If you are interested in a [Greek version](#) of the Brief COPE.
- If you are interested in a [Korean version](#) of the Brief COPE.

5) PIH-K

🔍 스텝신고 📧 답장 📄 삭제 ➡ 전달 📧 위임 📄 이동 ... 이 메일을

📁 PIH Scale - Korean version 인쇄 | 일정등록 | 원문보기

보낸사람: + Chronic Condition Management
받는사람: + sunki@cha.ac.kr
보낸날짜: 2021/01/21 목요일 오전 8:27:31

첨부파일 6개

- Partners in Health Scale 2018 Korean.pdf (144.8KB) 미리보기 | 자료실저장 ✕
- 2003 paper.pdf (266.7KB) 미리보기 | 자료실저장 ✕
- A preliminary Investigation of the Partners in Health scale measurement properties in patients with end stage renal disease.pdf (109.9KB) 미리보기 | 자료실저장 ✕
- ARTICLE - David Smith et al.pdf (294.5KB) 미리보기 | 자료실저장 ✕
- PIH scale - flowchart of uses.pdf (331.7KB) 미리보기 | 자료실저장 ✕
- Smith_et_al-2019-Journal_of_Advanced_Nursing.pdf (597.5KB) 미리보기 | 자료실저장 ✕

Good morning Sunki

Thank you for sending through your signed licence, I have forwarded it to our Contracts department for execution and will provide you with a copy when I receive it back from them.

Attached is the PIH Scale, validated Korean translation. I have also provided some further articles and information which might be of use you to.

If you have any further questions, please don't hesitate to contact us and I wish you all the best for your studies.

Kind regards

Sue

Sue Pfitzner
Short Course Support Officer
Behavioural Health
College of Medicine and Public Health
Flinders University, Australia

📁 Re: 전달: 한국어판 자기관리 측정도구의 승인 요청건 인쇄 | 일정등록 | 원문보기

보낸사람: + 전미경
받는사람: + sunki@cha.ac.kr
보낸날짜: 2021/01/04 월요일 오후 4:49:37

첨부파일 1개

- 한국어판 자기관리 측정도구.zip (68.4KB) 자료실저장 ✕

안녕하세요? 한국어판 자기관리 측정도구(PIH-K)의 저자 전미경입니다.

이미경 교수님으로부터 메일을 전달 받았으며, PIH-K에 관한 도구사용을 승인합니다.

좋은 연구결과 있으시길 바랍니다.

PIH의 원저자에게도 사용승인을 받아야 하므로 연락해 보시길 바랍니다. 아마도 PIH-K는 저에게 받으라고 회신에 올 것입니다.

참고문헌은 아래를 사용하시면 됩니다.

전미경 등(2019). 한국어판 자기관리 측정도구(Partners In Health scale)의 타당도 및 신뢰도 분석, 중환자간호학회지, 12(2), 1-12
Validity and Reliability of the Korean Version of the Partners In Health Scale (PIH-K)

혹시 문항을 변경하고자 하실 때는 문의주시길 바랍니다.

감사합니다.

전미경 드림

Sincerely yours
Mi-Kyeong Jeon, RN, PhD., APN.
Department of Nursing, Changwon National University
Tel: +82-55-213-3573, Mobile: +82-10-2554-4208, Fax: +82-55-213-3579
e-mail: mkjjeon@changwon.ac.kr

부 록 3. 자료수집 도구

설 문 지

조사일시	2021 년 월 일
설문번호	

안녕하십니까?

먼저, 소중한 시간을 내주셔서 진심으로 감사드립니다. 저는 연세대학교 박사과정 김선기입니다.

본 연구는 요양병원 입원노인의 자가관리에 영향을 주는 요인을 확인하기 위한 연구입니다.

본 설문지는 요양병원 입원노인의 D 유형 성격, 질병인식, 대처전략과 자가관리를 측정하게 됩니다.

본 연구의 결과는 질병에 대한 바른 인식과 대처를 확인함으로써 자가관리를 위한 간호 중재를 개발하는데 소중한 자료가 될 것입니다.

어르신께서 작성해주신 설문지에 대한 응답은 절대 비밀이 보장되고, 단지 연구 자료로 사용될 것입니다. 또한, 설문지는 회수 즉시 동의서와 분리되어 무기명으로 처리되며, 설문 응답 중에 원하지 않는 경우 언제든지 철회할 수 있습니다. 설문지 작성시간은 약 25분으로 예상됩니다.

연구 참여시 감사의 뜻으로 소정의 답례품이 제공됩니다.

성실하게 응답을 해주시면 연구에 큰 도움이 될 것입니다. 감사합니다.

소 속 : 연세대학교 일반대학원 간호학과 박사과정 김선기

문의사항 연락처 : 031-727-**** / 010-****-****, *****@***.***

I. 자가관리 (The Partners In Health®instrument for the Korean version)

다음은 자가관리에 대한 질문입니다. 귀하의 행동이나 의견에 부합하는 숫자에 (0) 표 하십시오.

번호	문 항
1	나는 내 건강상태에 대해 전반적으로 알고 있다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 거의 모른다 일부는 안다 매우 잘 안다
2	나는 내 건강을 위해 처방된 약을 포함한 치료에 대해 전반적으로 알고 있다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 거의 모른다 일부는 안다 매우 잘 안다
3	나는 병원에서 처방한 약을 먹고 치료지시를 따르고 있다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 전혀 그렇지 않다 때때로 한다 매우 그렇다
4	나는 내 건강상태에 대해 내린 결정을 의료진과 공유(상의)한다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 전혀 그렇지 않다 때때로 한다 매우 그렇다
5	나는 나의 문화나 가치관, 신념에 부합하는 의료서비스를 받기 위해 의료진과 의논할 수 있다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 전혀 그렇지 않다 때때로 한다 매우 그렇다
6	나는 의료진과 약속한 병원 일정을 준수한다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 전혀 그렇지 않다 때때로 한다 매우 그렇다

I. 자가관리 (The Partners In Health®instrument for the Korean version)

다음은 자가관리에 대한 질문입니다. 귀하의 행동이나 의견에 부합하는 숫자에 (0) 표 하십시오.

번호	문 항
7	나는 내 질병과 관련된 증상과 초기 경고 징후를 지속적으로 파악하고 있다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 전혀 그렇지 않다 때때로 한다 매우 그렇다
8	나는 몸이 안 좋아진다고 느끼거나 증상이 악화될 때에 적절한 조치를 취한다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 전혀 그렇지 않다 때때로 한다 매우 그렇다
9	나는 신체적 활동(걷기 등)이 내 건강상태에 미치는 영향을 알고 이를 관리한다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 매우 잘 하지 못한다 잘 한다 매우 잘 한다
10	나는 나의 기분과 감정이 건강상태에 미치는 영향을 알고 이를 관리한다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 매우 잘 하지 못한다 잘 한다 매우 잘 한다
11	나는 나의 사회생활과 대인관계가 건강상태에 미치는 영향을 알고 이를 관리한다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 매우 잘 하지 못한다 잘 한다 매우 잘 한다
12	나는 건강한 삶을 위해 금연, 금주, 건강한 음식, 규칙적인 신체활동, 스트레스 관리 등 전반적인 관리를 한다.
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 매우 잘 하지 못한다 잘 한다 매우 잘 한다

III. 접근지향적 대처전략 (Brief COPE)

다음은 사람들이 어려운 일에 처했을 때 어떻게 대처하는지에 대한 것입니다. 어르신이 심한 스트레스를 받으면 보통 어떻게 행동하고 느끼는지를 각 문항에 대해 적절한 번호를 골라 (0)표시해 주십시오.

번호	문 항	거의 없음	가끔 있음	자주 있음	항상 있음
1	내가 처한 상황 안에서 무언가 하려고 노력을 집중한다.	1	2	3	4
2	다른 사람으로부터 위로를 받으려한다.	1	2	3	4
3	그 상황이 나아지도록 하는 행동을 취한다.	1	2	3	4
4	다른 사람으로부터 도움이나 조언을 받는다.	1	2	3	4
5	좀 더 긍정적으로 볼 수 있도록 다른 시점에서 그 상황을 보려 한다.	1	2	3	4
6	무엇을 해야 할지 대책을 세운다.	1	2	3	4
7	다른 사람으로부터 위안과 이해를 받고자 하지 않는다.	1	2	3	4
8	앞으로 일어날 상황에서 좋은 점을 찾아보려 한다.	1	2	3	4
9	이미 일어난 일을 사실로 받아들인다.	1	2	3	4
10	다른 사람으로부터 무엇을 해야 하는지에 관한 조언과 도움을 받으려 한다.	1	2	3	4
11	그 상황 속에서 살아가기를 배운다.	1	2	3	4
12	어떤 단계를 밟을지 심각하게 생각한다.	1	2	3	4

IV. 우울 (CESD-10)

아래 문항을 읽으신 후, 지난 1주동안, 어르신이 느끼고 행동한 것을 가장 잘 나타낸다고 생각되는 답변에 (0)로 표시하십시오.

0=잠깐(1일미만) 그런 생각이 들었거나, 그런 생각이 들지 않았음
 1=가끔(1-2일 정도) 그런 생각이 들었음
 2=자주(3-4일 정도) 그런 생각이 들었음
 3=항상(5-7일 정도) 그런 생각이 들었음

번호	문 항	거의 없음	가끔 있음	자주 있음	항상 있음
1	평소 아무렇지도 않던 것들이 귀찮고 괴롭게 느껴졌다.	0	1	2	3
2	정신을 집중하기 힘들었다.	0	1	2	3
3	우울하다고 생각했다.	0	1	2	3
4	모든 일들이 힘들게 느껴졌다.	0	1	2	3
5	비교적 잘 지냈다고 생각한다.*	3	2	1	0
6	무엇인가 두려움을 느꼈다.	0	1	2	3
7	잠을 잘 이루지 못했다.	0	1	2	3
8	큰 불만 없이 생활했다.*	3	2	1	0
9	세상에 홀로 있는 듯 한 외로움을 느꼈다.	0	1	2	3
10	도무지 무얼 해갈 엄두가 나지 않았다.	0	1	2	3

V. D 유형 성격 (DS-14)

다음은 사람들이 자신을 표현할 때 흔히 사용하는 문장들입니다. 각 문항을 읽고
 어르신에게 해당되는 정도에 따라 문항 옆의 숫자에 동그라미로 표시해 주십시오.

번호	문 항	아니다	약간 아니다	보통 이다	약간 그렇다	그렇다
1	많은 사람들과 만날 때 초조해진다	0	1	2	3	4
2	종종 사소한 일에 어쩔 줄 몰라한다	0	1	2	3	4
3	주위에 사람들이 많은 것을 좋아하지 않는다	0	1	2	3	4
4	불행하다고 느끼는 경우가 많다	0	1	2	3	4
5	짜증이 나는 경우가 많다	0	1	2	3	4
6	사람들과 어울릴 때 위축되는 경우가 많다	0	1	2	3	4
7	사물을 비관적으로 본다	0	1	2	3	4
8	대화할 때 먼저 말을 꺼내기 어렵다	0	1	2	3	4
9	기분이 나쁜 경우가 많다	0	1	2	3	4
10	폐쇄적으로 사는 편이다	0	1	2	3	4
11	사람들과 거리를 두는 편이 더 낫다	0	1	2	3	4
12	무엇인가에 대해 자주 걱정을 한다	0	1	2	3	4
13	자주 의기소침해진다	0	1	2	3	4
14	사람들과 어울릴 때, 적당한 이야기 깃거리를 찾기 힘들다	0	1	2	3	4

VI. 일반적 특성

※ 아래 문항에 대해 해당란에 (V)표시 또는 질문에 답을 하여 주세요.

1. 연령 만 () 세

2. 성별 ① 남자 ② 여자

3. 종교 ① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 유교 ⑤ 없음

4. 결혼상태 ① 미 혼 ② 기 혼 ③ 이혼, 별거 ④ 사별 ⑤ 기타

5. 현재 배우자 유무 ① 유 ② 무

6. 최종학력 ① 무학 ② 국졸 ③ 중졸 ④ 고졸 ⑤ 대졸이상

7. 경제수준

- ① 100만원 미만 ② 100-200만원 미만 ③ 200-300만원 미만
④ 300-400만원 미만 ⑤ 400만원 이상

8. 요양병원에 입원하기 전에 거주하신 곳은 어디입니까?

- ① 자택 ② 병원 ③ 요양원 ④ 자녀집 ⑤ 기타

9. 본인의 건강 정도가 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강하지 못함 ② 건강하지 못함 ③ 보통임
④ 건강함 ⑤ 매우 건강함

의무기록 확인사항					
Body mass index	키 () cm, 몸무게 ()kg				
입원기간	()개월				
보험종류	<input type="checkbox"/> 의료급여 <input type="checkbox"/> 건강보험				
환자군 분류체계	<input type="checkbox"/> 의료최고도 <input type="checkbox"/> 의료고도 <input type="checkbox"/> 의료중도 <input type="checkbox"/> 의료경도 <input type="checkbox"/> 선택입원				
K-MMSE 점수	()점/30점				
ADL점수	전적인 도움	상당한 도움	약간의 도움	감독 필요	완전 자립
옷 벗고 입기	5	4	3	2	1
세수하기	5	4	3	2	1
양치질하기	5	4	3	2	1
목욕하기	5	4	3	2	1
식사하기	5	4	3	2	1
체위변경하기	5	4	3	2	1
일어나 앉기	5	4	3	2	1
움켜 앉기	5	4	3	2	1
방 밖으로 나오기	5	4	3	2	1
화장실 사용하기	5	4	3	2	1

의무기록 확인사항	
1. 심혈관계질환	6. 류마티스 질환
<input type="checkbox"/> 협심증	<input type="checkbox"/> 류마티스 관절염
<input type="checkbox"/> 심근경색	<input type="checkbox"/> 퇴행성 관절염
<input type="checkbox"/> 부정맥	<input type="checkbox"/> 자가면역질환
<input type="checkbox"/> 동맥순환부전	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 심부전	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 관막질환	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 고지혈증	<input type="checkbox"/>
2. 위, 장, 간 질환	7. 내분비계 질환
<input type="checkbox"/> 위질환(역류, 위궤양, 속쓰림)	<input type="checkbox"/> 당뇨
<input type="checkbox"/> 대장질환(장염, 크론병, 장폐쇄)	<input type="checkbox"/> 갑상선 질환
<input type="checkbox"/> 간질환(B형/C형간염, 간경변 등)	<input type="checkbox"/>
3. 폐질환	8. 신경계 질환
<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 뇌졸중
<input type="checkbox"/> 만성폐쇄성폐질환	<input type="checkbox"/> 치매
<input type="checkbox"/> 만성기관지염	<input type="checkbox"/> 알츠하이머
<input type="checkbox"/> 폐렴	<input type="checkbox"/> 뇌전증
4. 신장질환	9. 정신질환
<input type="checkbox"/> 신장질환/신부전	<input type="checkbox"/> 우울 혹은 불안
<input type="checkbox"/> 만성 비뇨기 질환	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 요로감염	<input type="checkbox"/>
5. 암(지난 5년동안 진단받은 암)	10. 근골격계 질환
<input type="checkbox"/> 암 진단	<input type="checkbox"/> 근골격계 통증
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 활동제한(마비)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 골다공증
<input type="checkbox"/>	11. 기타

ABSTRACT

Structural Equation Modeling of Self-Management in Hospitalized Older Adults in Long-term Care Hospitals based on Self-Regulation Model

Kim, Sun Ki

Department of Nursing

Graduate School of Yonsei University

Background: With the aging society, the prevalence of multimorbidity has increased in the elderly population. The goal of nursing regarding multimorbidity thus lies in enhanced quality of life and health outcomes through the management of various chronic disease. Notably, most of the older adults in care hospitals have multimorbidity with reduced cognitive and physical functions, so there is a need to help them form a partnership with the medical staff to set specific disease management goals and achieve them through self-management strategies based on self-regulation. The common-sense model of self-regulation proposed by Leventhal et al(1992) is advantageous in that, in the face of a situational stimulus such as a disease or new symptomatic experience, the model allows coping strategies to be developed against the risk as cognitive and emotional illness perceptions are activated, with consequent understanding of the health outcomes and assessments.

Methods: To investigate the overall relations among the factors influencing self-management in older adults in care hospitals, a hypothetical model was drawn based on the common-sense model of self-regulation by Leventhal et al

(1992), and the fit of the model and significance of its paths were analyzed. For the hypothetical model in this study, the exogenous variable was a type D personality. The endogenous variables included cognitive illness perception, depression, approach coping, and self-management. Nine hypotheses were set for the latent variables. The study was conducted at 2 care hospitals with 300 or more beds, located in Jeolla province, South Korea. The subjects were 287 hospitalized older adults. The data collection period was February 17-March 10, 2021. The data were analyzed using SPSS WIN 23.0 and AMOS 23.0.

Results: The hypothetical model showed a good fit based on the following results: CMIN/DF(Q)=2.852, CFI=.955, TLI=.947, and RMSEA=.08. The total effect on self-management in hospitalized older adults was as follows: cognitive illness perception ($\beta=.692$, $p<.001$), type D personality ($\beta=-.601$, $p=.001$), approach coping ($\beta=.326$, $p<.001$), and depression ($\beta=-.204$, $p=.011$), in order of decreasing influence. The direct effect on self-management was cognitive illness perception ($\beta=.480$, $p<.001$), approach coping ($\beta=.326$, $p<.001$), and type D personality ($\beta=-.119$, $p=.069$), in order of decreasing influence. The indirect effect on self-management was type D personality ($\beta=-.482$, $p=.001$), cognitive illness perception ($\beta=.212$, $p=.001$), and depression ($\beta=-.141$, $p=.001$), in order of decreasing influence. The explanatory power of the variables for self-management was 78.8%.

Conclusion: To promote self-management in older adults in care hospitals, negative cognitive illness perceptions should be made to improve, and developed the approach coping strategy, while interventions to reduce depression should be provided. And it is necessary to recognize its negative impact on self-management, for the sake of more active interventions by medical staff.

Key words : Older adults in care hospitals, Self-management, Self-regulation, Structural Equation Modeling

영문요약

Introduction

1. Background

South Korea has become an aged society with 16.6% of the population comprised of elderly aged ≥ 65 years (Korean Statistical Information Service, 2021). Among those older adults, 60.5% have multimorbidity (Jeong, Go, & Kim, 2013). The increased number of patients with multimorbidity has caused problems related to medical costs, such as increased prescriptions of various drugs, increased hospital admission and readmission rates (Jeong et al., 2013), and increased length of stay (Lim, Ahn, & Kim, 2019). The reduced cognitive and physical functions accompanying the health issues eventually drive older adults with multimorbidity to consider the use of care hospitals as a form of social care (Ga, 2020), and the number of care hospitals has increased by approximately twofold over the past decade, from 867 in 2010 to 1,585 in 2020 (Korean Statistical Information Service, 2020).

Multimorbidity is a condition where a patient shows two or more major diseases (Van den Akker, Buntinx, Roos, & Knottnerus, 2001). The goal of nursing for hospitalized older adults with multimorbidity is to enhance their health outcomes and quality of life through the management of various chronic diseases (Jeong et al., 2013; Park, Moon, Ha, & Lee, 2017), and to help the patients determine their therapeutic preferences regarding daily life and health management (Chang et al., 2018; Morgan & Yoder, 2012). Notably, the strategy that could enhance quality of life and self-efficacy and alleviate depression in cognitively impaired older adults in care hospitals was shown to be the self-management strategy, involving the formation of a partnership with the medical staff, training in problem-focused coping and communication techniques, and goal-setting and feedback regarding disease management (Park &

Chang, 2014; Park et al., 2017).

Self-management is the resetting of the therapeutic direction from a passive role for the patient to an active attitude toward treatment through cooperation with the medical staff for the management of chronic diseases (Lorig & Holman, 2003). It also involves the patient's understanding of his or her symptoms and respective treatments as well as the planning of problem solving, and the management of physical functions, emotional functions, and social relationships (Battersby, Ask, Reece, Markwick, & Collins, 2003).

However, the currently available programs in care hospitals are limited and based solely on general management therapy that does not reflect patients' personal needs or physical and cognitive functions, and most are single-session programs (Jeong, 2017). It is thus necessary to develop a strategy focused on solving the patient-perceived problems. Self-regulation is the conscious effort of patients to monitor their diseases and control the cognitive, emotional, and behavioral aspects (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002). With successful self-regulation, the level of accomplishment in learning as well as the level of mental health and social skills are significantly improved (Pandey, Hale, Das, Goddings, Blakemore, & Viner, 2018), while quality of life is enhanced (Cha, 2014) and depressive symptoms are reduced (Hagerty & Bathish, 2018).

The common-sense model of self-regulation (CSM) by Leventhal et al(1992) is a theory that describes self-regulation in terms of health behaviors. The CSM has served as a conceptual framework to describe self-management in adults and older adults with chronic diseases (Hagger, Chatzisarantis, & Orbell, 2017). As the model allows coping strategies to be developed against the risk caused by a situational stimulus such as a disease or new symptomatic experience through the activation of cognitive and emotional illness perceptions, the CSM enables patients to understand their health outcomes and feedbacks (Levnethal, Phillips, & Burns, 2016). Notably, cognitive illness perception as the key concept in self-regulation is known to be a critical variable in interpreting

disease outcomes, as it is a subjective belief in accepting a disease or symptom as a risk (Kim & Byun, 2019). Older adults in care hospitals experience loneliness and depressive feelings in the process of adapting to the new environment, and for this, emotional illness perception should also be taken into consideration (Nam & Yang, 2012). As such illness perceptions can be revised through the feedback loop together with coping strategies as a parameter in the process of self-regulation, they can be used to develop nursing strategies to improve health outcomes (Kim & Byun, 2019; Hagger et al., 2017). For self-regulation, personal preferences should be reflected as they influence the coping and disease outcomes (Leventhal et al., 1992). Recently, studies have reported that the type D personality leads to low motivation toward self-management, as the vulnerability to negative emotions and tendency toward social isolation pose difficulties in communication with medical staff and the sharing of treatment plans. Thus, there is a need to assess and manage the type D personality (Denollet, 2005; Park, Won, & Son, 2020).

So far, previous studies regarding self-management in hospitalized older adults have targeted residents of care hospitals to investigate the effects of coaching-based self-management programs (Park et al., 2017; Park & Chang, 2014); illness perceptions and coping strategies in patients with multimorbidity (Cheng, Inder, & Chan, 2020); the poor performance of self-management in patients with a type D personality (Denollet, 2005; Horwood, Anglim, & Tooley, 2016); the correlations among social support, depression, and self-management (Nam & Yang, 2012); and the meta-analysis of correlations among illness perceptions, coping strategies, health outcomes, and assessments in a study of chronic diseases based on the theory of self-regulation (Hagger & Orbell, 2003; Hagger et al., 2017). There was also a systematic literature review on illness perceptions (Kim & Byun, 2019).

The findings of previous studies suggested that, to account for self-management in hospitalized older adults in care hospitals, a key strategy should be developed through comprehensive analysis of the correlations among

patients' personal preferences, subjective illness perceptions, and coping strategies. Nevertheless, no study has yet investigated self-management using the main concepts of self-regulation in older adults in care hospitals. This study thus aimed to develop self-management strategies for older adults in care hospitals by applying and verifying the CSM.

2. Objectives

The purpose of this study was to construct a structural model to describe self-management in older adults in care hospitals and to verify the model, based on the CSM by Leventhal et al(1992).

3. Conceptual framework and hypothetical model

The main variables in this study were selected using the CSM by Leventhal et al(1992) as the theoretical framework and the variables to which previous studies have repeatedly lent support or placed emphasis.

Self-system is defined as a biological factor with psychological characteristics such as personal preferences, attitude, and motivation that influence the process of self-regulation (Leventhal et al., 1992). In this study, the type D personality was selected as a concept of self-system, as it exerts a negative impact on the level of depression and self-management in patients with multimorbidity.

Illness perception is divided into cognitive illness perception, which allows the recognition of symptoms to define the disease, deduce its causes, and consider the disease duration; expected outcomes and treatment possibilities; and emotional illness perception involving fear, depression, and anxiety. In this study, cognitive illness perception was measured based on disease identity, timeline, consequences, personal control, treatment control, and coherence, while emotional illness perception was measured based on depression.

Coping is a dynamic process for managing cognitive and emotional responses through the activation of illness perceptions (Leventhal, Meyer, & Nerenz,

1980). In this study, approach coping was selected as a coping strategy, as it involves active coping, emotional support, information research, positive reframing, planning, and acceptance.

Appraisal is the result of active self-regulation in hospitalized older adults to maintain optimal health, and in this study, it was conceptualized as self-management. Self-management is the ability to correctly recognize the current state of disease; to talk with the medical staff regarding treatment plans and set therapeutic goals together; and to adequately control one's physical functions, emotional states, and social activities.

For the hypothetical model in this study, the paths were set with the presumption of direct effects of the type D personality as the exogenous variable and of cognitive illness perception, depression, and approach coping as the endogenous variables on self-management. The paths also reflected the presumption of indirect effects of the type D personality on self-management via cognitive illness perception, depression, and approach coping.

Methods

1. Study design

This study was a cross-sectional, descriptive study to account for a structural model of self-management in hospitalized older adults in care hospitals.

2. Samples and settings

The subjects for this study were selected through convenience sampling based on certain inclusion and exclusion criteria, at 2 care hospitals with 300 or more beds, located in Jeolla province, South Korea. The study period was from February 17 to March 10, 2021. The inclusion criteria were (a) hospitalized older adults aged 65 years with no psychiatric history and the ability to

communicate and respond to the questionnaire; (b) older adults with 2 or more chronic diseases for at least a year since diagnosis (Van den Akker et al., 2001); (c) older adults who had completely adapted to the care hospital during 6 months or more after hospitalization (Chang & Park, 2010; Patterson, 1995). The exclusion criteria were (a) older adults diagnosed with severe dementia to be admitted to the dementia ward.

The care hospitals where the study was conducted were those certified as first grade by the authorized medical institution certification agency. In addition, older adults unable to live in the general care ward due to severe dementia or a history of violence or leaving the ward were sent to the dementia ward at the two care hospitals. The subjects in this study were recruited only from hospitalized older adults in the general care ward and not the dementia ward.

In the structural model, the sample size was estimated via maximum likelihood, while the minimum adequate ratio between parameter estimation and sample size was 10:1 (Kline, 2016). Thus, considering the 25 unknown parameters in this study, data were collected from 300 subjects to satisfy the minimum recommended level of 250 subjects and reflect a 20% drop-out rate. In the final analysis, responses from 287 subjects were used, with 13 incomplete responses being excluded.

3. Measurements

All tools in this study were used with the permission of the corresponding authors. Prior to the structural model analysis, the tools were validated through confirmatory factor analysis; all tools satisfied $\geq .50$ factor loading, so they could all be used in the analysis.

1) General characteristics

For the general characteristics of the subjects, the demographic variables included the following nine items: age, gender, religion, marital status,

spouse, educational background, economic status, residence before hospitalization, and subjective health status. The variables of the disease-related characteristics were determined using medical records and the following eight items: length of stay, body mass index (kg/m^2), insurance type, patient category, cognitive function (as the score on the Korean version of the Mini-mental state exam, K-MMSE), physical function (as the Activities of Daily Living score), number of chronic diseases, and comorbidity.

2) Self-management

For self-management, the 12 questions of the Partnership in Health (PIH) scale developed by Petkov, Harvey, and Battersby (2010) and translated and modified by Jeon, Ahn, Park, and Lee (2019) were used. The subcategories were coping, partnership, awareness and management of symptoms, and knowledge of disease and treatment. Each question was on a nine-point Likert scale, with a higher score indicating a higher level of self-management. The Cronbach's α for the reliability of the PIH was .86 in the study by Jeon et al. (2019) where the tool was translated and modified for Korean subjects, and .98 in this study.

3) Type D personality

For the type D personality, the 14 questions of the Type D Personality Scale-14 as developed by Denollet (2005) and translated and modified by Lim et al (2011) were used. The subcategories were negative affectivity (NA; 7 questions) and social inhibition (SI; 7 questions). Each question was on a five-point Likert scale, with a higher score indicating a higher level of personal disposition. The reliability based on Cronbach's α at the time the tool was developed was .87 (Cronbach's α = .88 for NA and .86 for SI). In this study, the Cronbach's α was .93 for both NA and SI, and .96 for the total score of the type D personality.

4) Cognitive illness perception

For cognitive illness perception, the Brief Illness Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2006) were used translated by Min, Chang, Lee, Choe, and An (2017). Among the nine questions of the Brief-IPQ, six items that measure cognitive illness perception were used in this study. The six questions were as follows : consequences, timeline, personal control, treatment control, identity, coherence. Each question was on a 10-point Likert scale, and in this study, an inverse scale was used for the questions on the consequences, identity, and timeline, with a higher score indicating a lower level of perceived risk. The Cronbach' s α in this study was .95 for the total score of cognitive illness perception.

5) Depression

For depression, the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) 10 Scale were used. The CES-D 10 is comprised of 10 questions, each of which is on a 5-point Likert scale, with a higher score indicating a higher level of depression. An inverse scale was used for questions 5 and 8, and the total score ranged between 0 and 30, with scores ≥ 10 indicating clinical depression (Bae, Kim, Doh, Kim, & Park, 2020). The Cronbach' s α was .71 in the study by Andersen, Malmgren, Carter and Patrick (1994) and .92 in this study.

6) Approach coping

For approach coping, the 12 questions of the brief-Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) developed by Carver (1997) and translated by Kim and Seidlitz (2002) were used. The subcategories were active coping, emotional support, use of information, positive reframing, planning, and acceptance. The brief-COPE is comprised of questions on a 4-point Likert scale (0-3), with a higher score indicating a higher level of coping strategy. In a study by Kim and Ryu (2018), where the tool was applied in hemodialysis patients, the Cronbach' s α was .88 for the total score and .80 for the score of approach

coping. In this study, the Cronbach' s α was .95 for the total score of approach coping.

4. Data collection and ethical considerations

To protect the subjects, this study was conducted with the approval of the Institutional Review Board at Yonsei University (Project No. Y-2020-0221). Data collection was preceded by convenient sampling based on the recommendation of the director of each hospital regarding the patients who satisfied the selection criteria. After explaining the study purpose, the patients who submitted a signed consent form were enrolled as subjects. To ensure clear understanding of the questionnaire, the research assistants read each question aloud and the subjects were given time to respond. The research assistants were three trained nurses with a minimum of five years of clinical experience in nursing older adults in a care hospital. In a meeting a week before data collection, the nurses were given a 30-min training session regarding the study approach based on the purpose, subjects, precautions, and ethical considerations, as well as each tool for data collection.

5. Statistical analysis

The collected data were analyzed descriptive statistics, skewness and kurtosis parameters, Cronbach' s α coefficient, factor analysis, and model fit(χ^2/df , TLI, CFI, RMSEA) evaluation by using SPSS version 23.0 and AMOS 23.0. The direct, indirect, and total effects of the model were verified using bootstrapping with a sample size of 2,000 and the confidence level set at 95% for testing the statistical significance.

Results

1. General characteristics and disease-related characteristics

For the hospitalized older adults in care hospitals in this study, 73.2% were aged ≥ 75 years, 73.9% were females, and 86.1% were atheists. In total, 77.7% were bereaved and 84.0% were living without a spouse. Further, 69.3% were elementary school graduates and 86.8% relied on <1 million KRW of family income, while 84.3% lived in a private house prior to hospitalization. Regarding subjective health status, 83.3% replied that they viewed themselves as unhealthy. The mean length of stay of the older adults participating in this study was 18.69 ± 8.66 months. The mean BMI (kg/m^2) was 23.63 ± 9.68 , while the most frequent type of insurance was health insurance (63.8%) and the most frequent patient category was medical discontinuation (81.9%). The K-MMSE was 19.00 ± 1.67 . The mean number of chronic diseases was 3.91 ± 1.29 , and analyzing the multiple responses showed that the most frequent diagnosis was cardiovascular disease (40.6%), followed by neurological disorders (17.1%) and endocrine disorders (10.8%).

2. Descriptive statistics, convergent validity, and discriminant validity for the measured variables

Table 1 presents the descriptive statistics for the variables in this study, which satisfied the skewness($\pm 2 \sim 3$) and kurtosis($\pm 7 \sim 10$) criteria for the normality hypothesis of data distribution(Kline, 2016). Convergent validity, which is used to verify high correlations among measured variables constituting the potential variables, is determined based on ≥ 0.7 CR and ≥ 0.5 AVE (Kline, 2016). All variables in this study satisfied the criteria of convergent validity to an acceptable level. Discriminant validity is determined by comparing the AVE and ρ^2 values of each construct to see if the former exceeds the latter (Han & Lee, 2018). In this study, the AVE was greater than the ρ^2 , verifying the discriminant validity.

Table 1. Descriptive Statistics of Measured Variables

(N=287)

Variables	Mean	SD	Range	Skewness	Kurtosis	Standardized Estimate	CR	AVE
Self management	4.99	1.34	0-8	-0.19	-1.15			
Coping	5.03	1.45	0-8	-0.05	-1.18	.939		
Partnership in treatment	5.03	1.39	0-8	-0.24	-1.17	.943	0.966	0.876
Recognition and managing symptoms	5.01	1.43	0-8	-0.19	-1.02	.934		
Knowledge	4.81	1.35	0-8	-0.39	-1.06	.927		
Type D personality	1.81	0.81	0-4	0.38	-1.05			
Negative affectivity	1.78	0.82	0-4	0.46	-0.99	.960	0.977	0.954
Social inhibition	1.85	0.82	0-4	0.26	-1.05	.972		
Cognitive illness perception	6.45	1.69	0-10	-0.32	-0.76			
Consequences	6.57	1.63	0-10	-0.63	-0.40	.853		
Timeline	6.72	1.80	0-10	-0.46	-0.53	.707		
Personal control	6.39	2.01	0-10	-0.29	-0.72	.902	0.951	0.766
Treatment control	6.33	2.04	0-10	-0.27	-0.82	.928		
Identity	6.37	1.90	0-10	-0.24	-0.65	.907		
Coherence	6.30	1.93	0-10	-0.14	-0.93	.933		
Depression	1.17	0.60	0-3	0.70	-0.46	.945	0.921	0.796
Approach coping	1.40	0.63	0-3	0.45	-1.04			
Active coping	1.47	0.65	0-3	0.28	-0.90	.887		
Emotional support	1.38	0.71	0-3	0.38	-0.35	.854		
Use of informational support	1.42	0.71	0-3	0.21	-0.76	.852	0.944	0.736
Positive reframing	1.39	0.71	0-3	0.32	-0.54	.874		
Planning	1.28	0.79	0-3	0.47	-0.74	.866		
Acceptance	1.46	0.68	0-3	0.10	-0.79	.833		

CR=Construct Reliability, AVE=Average Variance Extracted

3. Validation of the structural model of self-management in older adults in care hospitals

1) Hypothetical model validation

In the validation of a structural model, the validity is determined based on $CMIN/DF \leq 3$ (Han & Lee, 2012), CFI and $TLI \geq 0.90$ (Hong, 2000), and $RMSEA \geq 0.06$ and ≤ 0.08 (Hu & Bentler, 1999). Thus, as the hypothetical model in this study showed $CMIN/DF(Q)=2.852$, $CFI=.955$, $TLI=.947$, and $RMSEA=.08$, the model was determined to have a good fit.

2) Hypothetical model validation and effect analysis

Each path coefficient for the hypothetical model in this study was tested for significance, and six out of the nine paths of the model were found to be significant (Table 2, Figure 1).

For cognitive illness perception, the type D personality showed both direct and total effects ($\beta = -.491$, $p = .001$). For depression, likewise, the type D personality showed both direct and total effects ($\beta = .844$, $p = .001$). For approach coping, the type D personality showed an indirect effect ($\beta = -.684$, $p = .001$) and total effect ($\beta = -.591$, $p = .002$). On the other hand, cognitive illness perception showed a direct effect and total effect ($\beta = .650$, $p < .001$) and depression showed a direct effect and total effect ($\beta = -.433$, $p < .001$). For self-management, the type D personality showed an indirect effect ($\beta = -.482$, $p = .001$), and total effect ($\beta = -.601$, $p = .001$), with statistical significance; cognitive illness perception showed a direct effect ($\beta = .480$, $p < .001$), indirect effect ($\beta = .212$, $p = .001$), and total effect ($\beta = .692$, $p < .001$), with statistical significance; and depression showed an indirect effect ($\beta = -.141$, $p = .001$) and total effect ($\beta = -.204$, $p = .011$) with statistical significance. Lastly, approach coping showed a significant direct effect and total effect ($\beta = .326$, $p < .001$) for self-management. The explanatory power of the variables cognitive illness perception, approach coping, type D personality, and depression was 78.8% for self-management.

Table 2. Standardized Direct, Indirect, Total Effects of Model

(N=287)

Endogenous variables	Endo/ Exogenous variables	Direct effect			Indirect effect			Total effect		
		B	β	p	B	β	p	B	β	p
Cognitive illness perception	← Type D personality	-.872	-.491	<.001				-.872	-.491	<.001
Depression	← Type D personality	.615	.844	<.001				.615	.844	<.001
Approach Coping	← Type D personality	.068	.093	.186	-.505	-.684	.001	-.436	-.591	.002
	← Cognitive illness perception	.270	.650	<.001				.270	.650	<.001
	← Depression	-.438	-.433	<.001				-.438	-.433	<.001
Self-management	← Type D personality	-.207	-.119	.069	-.836	-.482	.001	-1.043	-.601	.001
	← Cognitive illness perception	.469	.480	<.001	.207	.212	.001	.677	.692	<.001
	← Depression	-.149	-.063	.411	-.336	-.141	.001	-.486	-.204	.011
	← Approach Coping	.768	.326	<.001				.768	.326	<.001

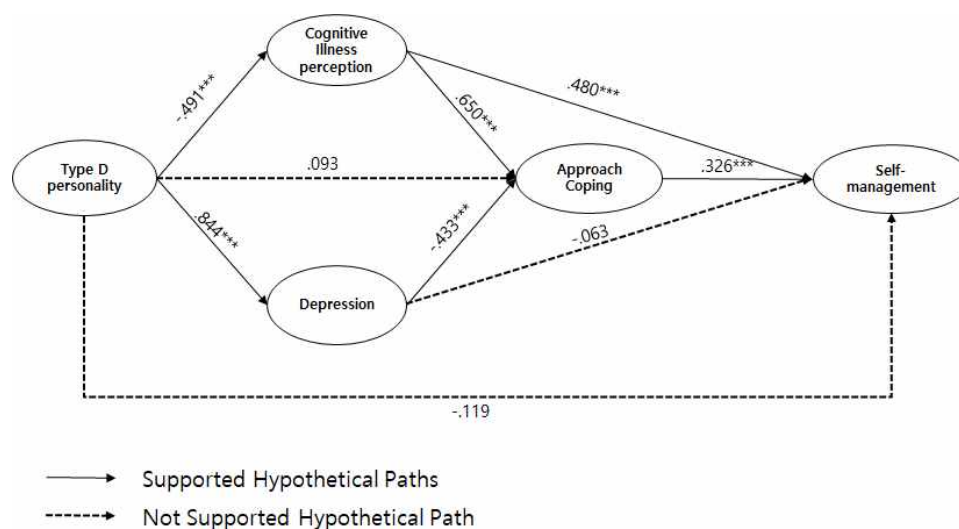


Figure 1. Final Model of This Study

Discussion

The validation of the structural model in this study showed that the explanatory variables of self-management in hospitalized older adults in care hospitals were cognitive illness perception, type D personality, approach coping, and depression, in the order of decreasing total effect, while their explanatory power was 78.8% regarding self-management.

The results of this study showed that cognitive illness perception was the factor with the greatest influence on self-management in older adults in care hospitals. Cognitive illness perception has a direct effect on approach coping and self-management via the positive paths as well as an indirect effect on self-management through approach coping. This coincides with the theoretical framework that explains the influence of cognitive illness perception, together with emotional illness perception, on disease evaluation through approach coping (Leventhal et al., 1992, 2016). As the sub-categories of cognitive illness perception, the perception of a higher disease severity, longer disease duration, and poorer disease outcome led to a greater reduction in physical and social functions (Hagger & Orbell, 2003), while higher therapeutic or personal control and understanding of disease showed a correlation with adaptive behaviors and coping strategies focused on problem-solving (Hagger & Orbell, 2003). In previous studies, cognitive illness perception was found to mediate the relationship between the type D personality and health behaviors (Kwon & Kang, 2018), which agrees with the results in this study, suggesting that cognitive illness perception may be the key variable with direct and indirect effects on self-management in type-D-personality older adults with multimorbidity in care hospitals.

Second, another variable with a significant influence on self-management was the type D personality. In the theoretical model, self-system is defined as personal preferences and attitudes that can be used as an exogenous variable with an impact on illness perceptions, coping strategies, and disease

evaluation (Leventhal et al., 2016). Individuals with a type D personality are known to be vulnerable to negative emotions such as anger, sorrow, fear, and instability, with a tendency to suppress their emotional and behavioral expressions (Denollet, 2005). In this study, 56.8% of the subjects had a type D personality. The percentage was slightly higher than 53% in hypertension patients (Denollet, 2005) and 36.1% in patients with coronary artery diseases (Cha, Lim, & Cho, 2013). In this study, the type D personality had an indirect effect through a negative correlation with self-management as well as cognitive illness perception, while having a direct effect on depression in a positive correlation and an indirect effect on approach coping in a negative correlation. This was in line with a previous study where the type D personality was negatively correlated with cognitive illness perception and health behaviors in patients with coronary artery diseases (Kwon & Kang, 2018) and with a study where it had an impact on depression in a positive correlation (Denollet, 2005; Yamaguchi, Izawa, & Matsunaga, 2020). These findings have been attributed to the fact that individuals with a type D personality show far greater negative emotions toward the experience of a disease or symptom than others, while facing difficulties with social interactions (Denollet, 2005). For these individuals, social support based on group training and assistance with coping through counseling have been reported to have a positive influence on disease outcomes and coping, which implies a need for the interest and intervention of medical staff (Williams & Wingate, 2012).

Third, approach coping was found to have an influence on self-management, where an increase in approach coping led to an increase in self-management. In this study, the scores of approach coping in older adults in care hospitals were relatively low, in the range of 0-3, with a mean score of 1.40. In this study, the percentages of type D personality and depression were high at 56.8% and 54%, respectively, and in previous studies, individuals with a type D personality or depression had a low level of approach coping such as planning (Yamaguchi et al., 2020), while in the case of MCD patients, avoidance coping

such as denial and avoidance was most frequently observed (Cheng et al., 2020). In this study, approach coping was under the significant influence of cognitive illness perception, and in previous studies, likewise, therapeutic and personal controls as the subcategories of cognitive illness perception were positively correlated with approach coping and positive outcomes (Richardson, Schüz, Sanderson, Scott, & Schüz, 2017). In addition, approach coping in this study was found to have a mediating role for illness perception's effect on disease evaluation within the theoretical model (Leventhal et al., 1992). While it is difficult to say which coping strategy is better (Leventhal et al., 1992), it is crucial in the prediction of the level of disease adaptation and outcome to determine how an individual accepts, assesses, and interprets a stressful situation and what resources he or she applies in selecting a coping strategy (Svensson et al., 2016). However, in a study conducted on hemodialysis patients, coping strategies had no direct effect on the result variables, which was presumed to be due to the influence of patient characteristics and preferences and the environmental context (Cha, 2014; Leventhal et al., 1992). Thus, for a positive influence on self-management, suitable coping strategies should be selected in consideration of the characteristics and preferences of the patients.

Fourth, depression was a factor influencing self-management. In this study, depression had no direct effect on self-management but a negative impact on approach coping, giving it an indirect negative effect on self-management. In a study conducted on liver transplant recipients, depression was reported as the key variable with a direct effect on self-management (Jeon & Park, 2017). In this study, the percentage of clinical depression, with a score ≥ 10 out of 30, was high at 54%. This agreed with a previous study reporting that the mean depression score in hospitalized older adults indicated a severe level of depression (Nam & Yang, 2012), and a study reporting a 2.13-times-higher percentage of depression in patients with multimorbidity (Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017). For older adults in care hospitals, the level of depression

increases as self-respect decreases due to the greater number of chronic diseases than home-living older adults and the long-term hospitalization and environment that separates them from their family (Nam & Yang, 2012). However, older adults with chronic diseases mostly tend to regard depression as a physical symptom and avoid active treatment, which requires the medical staff to conduct a comprehensive assessment of depression that addresses the physical symptoms and diseases as well as the psychological and environmental factors in older adults in care hospitals (Read et al., 2017). In a previous study, the symptoms of depression could be improved and self-efficacy and quality of life could be enhanced in patients with major depressive disorders through nursing interventions based on self-regulation such as the relay of objective information on depression, the early differentiation of depressive symptoms, setting short- and long-term goals to alleviate symptoms, discussions based on group activities, and monitoring and feedback activities (Hagerty & Bathish, 2018). Such interventions should thus be taken into consideration regarding self-management.

The results so far collectively suggest the need for more active intervention by medical staff, especially when the patient shows a type D personality. It was also found that the key strategy to enhance self-management is to improve cognitive illness perception, reduce depression, and encourage the approach coping strategy.

Nevertheless, the abbreviated tool of cognitive illness perception used in this study (Brief IPQ) is limited in describing the characteristics of patients with multimorbidity regarding cognitive illness perception. In a previous study, patients with multimorbidity were characterized by a higher level of emotional expression, a higher burden regarding treatment, difficulty in prioritizing, and limited cause-effect analysis and behavior regarding disease compared to patients with a single chronic disease (Gibbons et al., 2013), so that the influence of cognitive illness perception could not be clearly described. In addition, as the subjects in this study were hospitalized older

adults at two care hospitals in Jeolla province, the results may not be generalizable to patients with different cultural backgrounds, regional and environmental characteristics, or other diseases. Furthermore, as the tools used in this study were first developed overseas then translated into Korean, the cultural context should be reviewed, and it is necessary to evaluate the subjects' level of understanding of the questionnaire.

Despite such limitations, this study has validated the theoretical model to describe self-management by a comprehensive analysis of self-system, illness perceptions, coping strategies, and evaluation through self-regulation. The findings of this study are significant in that the dynamic process of self-regulation has been accounted for through the analysis of the mediation paths and effects of the type D personality on self-management in hospitalized older adults with multimorbidity.

Based on the findings, the following suggestions are made:

In the perspective of nursing theory, the CSM has been applied as a theoretical framework to describe self-management in adults and older adults with chronic diseases. Recently, the focus has been placed on maintaining self-management behaviors through repeated positive experience of the process of self-regulation. In other words, the strategy focuses on introducing a health-related habit to the daily routine of the patient for maintaining positive health outcomes. Thus, further studies should identify the concepts of such health-related habits to describe the routine behaviors and add the identified concepts to the model to test and expand the CSM.

In the perspective of nursing research, the relations among the main concepts of the CSM should be examined using the tool of cognitive illness perception that reflects the characteristics of multimorbidity. In addition, as the use of CSM is still rare in South Korea, while overseas studies have even conducted systematic literature reviews, it is necessary to conduct repeated experiments on testing and validating the CSM in patients with various chronic diseases to see if the model allows an effective understanding of self-management in these

patients.

In the perspective of nursing practice, the key strategy was found to be the comprehensive analysis of the patients' personal preferences, cognitive and emotional illness perceptions, and coping strategies to assist in self-management, regarding strategies for self-management in older adults in care hospitals. Thus, a program to enhance self-management should be developed and applied to hospitalized older adults with multimorbidity.